



Bern, den 8. Dezember 2025

Agenda Grundversorgung

Fachbericht der Steuergruppe zuhanden des
Eidgenössischen Departements des Innern

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	3
1 Einleitung	5
1.1 Ausgangslage	5
1.2 Politische Vorstösse	6
1.3 Definition der Grundversorgung	7
1.4 Vision und Ziele der Agenda Grundversorgung	8
1.5 Handlungsfelder der Agenda Grundversorgung	8
1.6 Abgrenzung	10
2 Handlungsfeld A: Innovative Versorgung, Weiterentwicklung Berufsprofile sowie Klärung der Rahmenbedingungen	11
2.1 Kurzbeschrieb Handlungsfeld A	11
2.2 Themenbereiche und Handlungsbedarf	17
3 Handlungsfeld B: Nachwuchsförderung, Arbeitsbedingungen und Berufsverweildauer.....	28
3.1 Kurzbeschrieb Handlungsfeld B	28
3.2 Themenbereiche und Handlungsbedarf	34
4 Ausblick.....	44
5 Schlussbemerkungen der Steuergruppe	45
Anhang 1: Mitglieder der Steuergruppe der Agenda Grundversorgung	46

Zusammenfassung

Die Menschen in allen Regionen der Schweiz sollen unabhängig von ihrer sozioökonomischen Lage weiterhin Zugang haben zu einer medizinischen Grundversorgung von hoher Qualität – trotz demografischem Wandel und Fachkräftemangel. Deshalb hat Bundesrätin Elisabeth Baume-Schneider im November 2024 die Erarbeitung der Agenda Grundversorgung in Auftrag gegeben.

Die Vision der Agenda Grundversorgung ist, dass:

- der bedarfsgerechte Erstkontakt bei akuten Gesundheitsproblemen und bei Fragen zum Gesundheitszustand gewährleistet ist;
- chronisch und mehrfach erkrankte Menschen bis zum Lebensende kontinuierlich und koordiniert versorgt werden und
- die Versorgung von Kindern und Jugendlichen gewährleistet ist.

Die Agenda Grundversorgung beschreibt den Entwicklungsbedarf in zwei Handlungsfeldern:

<p>Handlungsfeld A</p> <p>Innovative Versorgung, Weiterentwicklung Berufsprofile sowie Klärung der Rahmenbedingungen.</p> <p>Ziel:</p> <p>Gewährleisten einer zukunftsfähigen, innovativen Versorgungsorganisation, dazu gehört, die Kompetenzen der Fachpersonen zielgerichtet einzusetzen und die interprofessionelle Zusammenarbeit zu nutzen.</p>	<p>Handlungsfeld B</p> <p>Nachwuchsförderung, Arbeitsbedingungen und Berufsverweildauer.</p> <p>Ziel:</p> <p>Gewährleisten, dass genügend qualifizierte Fachpersonen ausgebildet werden und im Beruf bleiben, dazu gehört, den beruflichen Nachwuchs zu fördern und die Arbeitsbedingungen zu verbessern.</p>
---	---

Tabelle 1: Handlungsfelder der Agenda Grundversorgung

Unter der Federführung des Bundesamts für Gesundheit (BAG) erarbeiteten Verbände der Leistungserbringer¹, Berufsorganisationen, Patientenorganisationen, Versicherer sowie Vertretende von Bund, Kantonen und Gemeinden ab Anfang 2025 entlang der Handlungsfelder in zwei Arbeitsgruppen die nachfolgend aufgeführten Massnahmen. Rund 80 Personen aus über 50 Organisationen² brachten ihre Expertise ein.

¹ Verbände der Leistungserbringer sind CURAVIVA, ARTISET; H+; Spitex Schweiz sowie verschiedene Berufsorganisationen, die ebenfalls Leistungserbringer vertreten. Im Fachbericht wird bei den Zuständigkeiten der Begriff «Leistungserbringer» verwendet. Die detaillierten Zuständigkeiten werden im Hinblick auf die Umsetzung geklärt.

² www.bag.admin.ch/de/agenda-grundversorgung > Vorgehen

Handlungsfeld A:

A1 Weiterentwicklung der Rollen und Kompetenzen von nicht-ärztlichen Gesundheitsfachpersonen und Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit	
A1.1	Rollenprofile des Gesundheitspersonals in Pflegeheimen, Spitex-Organisationen und ambulanten Arztpraxen weiterentwickeln
A1.2	Medizinische Grundversorgung in den Pflegeheimen sicherstellen
A1.3	Tarifliche Rahmenbedingungen für die koordinierte interprofessionelle Zusammenarbeit verbessern
A1.4	Bedeutung der Sozialberatung in der Grundversorgung stärken
A1.5	Einbezug der Patientinnen und Patienten sowie der Angehörigen verbessern
A2 Angemessene Beratung und Behandlung bei akuten Erkrankungen und Fragen zum Gesundheitszustand	
A2.1	Zugang zu angemessener Beratung bzw. Behandlung bei akuten Gesundheitsproblemen und bei Fragen zum Gesundheitszustand sicherstellen
A2.2	Information der Bevölkerung verbessern
A3 Grundlagen zur Verbreitung von innovativen Versorgungsmodellen bereitstellen	
A3.1	«Nationale Leitlinien» für zukunftsfähige Modelle der medizinischen Grundversorgung erarbeiten
A3.2	Aufzeigen von Möglichkeiten und Rahmenbedingungen für die Umsetzung von zukunftsfähigen Modellen der medizinischen Grundversorgung
A3.3	Grundversorgung in ländlich-peripheren Gebieten und Strukturen für den interprofessionellen Austausch stärken

Tabelle 2: Themenbereiche und Massnahmen Handlungsfeld A

Handlungsfeld B:

B1 Bildung: Anzahl Fachpersonen in der Aus-, Weiter- und Fortbildung erhöhen (Nachwuchsförderung)	
B1.1	Anzahl Studienplätze erhöhen und Numerus Clausus (NC) in der Humanmedizin überprüfen (laufend, Federführung: SBFI)
B1.2	Anzahl Weiterbildungsplätze und Praxisassistentenstellen erhöhen sowie die Finanzierung sicherstellen
B1.3	Attraktivität der Weiterbildungsgänge für Studierende, Quer- und Wiedereinsteigende steigern
B1.4	Interprofessionelle Aus-, Weiter- und Fortbildungsangebote fördern bzw. verbreiten
B2 Berufsverweildauer erhöhen: Attraktive Arbeitsbedingungen und Abgeltung sicherstellen	
B2.1	Arbeitsbedingungen für die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung sowie Fachärztinnen und Fachärzte verbessern
B2.2	Rolle der Medizinischen Praxisassistentinnen und -assistenten stärken
B2.3	Monitoring der Auswirkungen von «TARDOC und ambulante Pauschalen» auf die Grundversorgung (laufend Federführung: BAG und Tarifpartner)
B2.4	Administrativer Aufwand im Gesundheitswesen (laufend, Federführung: BAG)

Tabelle 3: Themenbereiche und Massnahmen Handlungsfeld B

Der vorliegende Fachbericht wurde am 1. Dezember 2025 von der Steuergruppe der Agenda Grundversorgung (vgl. Anhang 1) zuhanden des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) verabschiedet. Der Bundesrat soll im Juni 2026 über die geplanten Massnahmen und das weitere Vorgehen informiert werden.

1 Einleitung

Anlässlich der Nationalen Konferenz Gesundheit 2030 vom 20. Februar 2024 präsentierte Bundesrätin Elisabeth Baume-Schneider die Stärkung der medizinischen Grundversorgung als eine ihrer gesundheitspolitischen Prioritäten und lancierte am 26. November 2024 im Rahmen des Forums Medizinische Grundversorgung³ die Erarbeitung der Agenda Grundversorgung. Diese soll sicherstellen, dass auch vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und des Fachkräftemangels weiterhin alle Menschen in der Schweiz unabhängig von ihrer sozioökonomischen Lage Zugang zu einer ausreichenden medizinischen Grundversorgung von hoher Qualität haben. Der vorliegende Fachbericht zeigt auf, mit welchen Massnahmen dies erreicht werden und wer für deren Umsetzung zuständig sein soll.

Unter der Federführung des BAG arbeiteten Verbände der Leistungserbringer, Berufsorganisationen, Patientenorganisationen, Versicherer sowie Vertretende von Bund, Kantonen und Gemeinden seit Anfang 2025 an Massnahmen zur Umsetzung der Agenda Grundversorgung. Insgesamt brachten rund 80 Personen aus über 50 Organisationen⁴ ihre Expertise in die Handlungsfelder in Präsenzsitzungen, Online-Treffen und Workshops ein.

Der vorliegende Fachbericht wurde am 1. Dezember 2025 von der Steuergruppe (vgl. Anhang 1) der Agenda Grundversorgung zuhanden des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) verabschiedet. Der Bundesrat soll im Juni 2026 über die vorgesehenen Massnahmen und das weitere Vorgehen informiert werden.

1.1 Ausgangslage

Der Bedarf an Leistungen der medizinischen Grundversorgung wird künftig zunehmen. Gemäss Bevölkerungsprognosen des Bundesamts für Statistik (BFS) wird sich die Zahl der über 80-jährigen Menschen in der Schweiz zwischen 2025 und 2055 verdoppeln,⁵ und es wird somit mehr Menschen mit (mehrfachen) chronischen Krankheiten geben. Über die Lebensspanne nimmt die Häufigkeit an nicht-übertragbaren Krankheiten (NCD) wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, muskuloskelettale Erkrankungen, Atemwegserkrankungen, Diabetes, Krebs sowie Depression und Demenz zu.⁶ Diese Menschen benötigen mehr Leistungen als die durchschnittliche Bevölkerung, denn sie erhalten mehr Medikamente, brauchen öfter eine Ärztin oder einen Arzt sowie weitere Fachpersonen.⁷ Zudem zeigt sich, dass jüngere Menschen generell mehr Leistungen der medizinischen Grundversorgung in Anspruch nehmen als früher.⁸ Dies erhöht die Nachfrage zusätzlich.

Gleichzeitig ist davon auszugehen, dass das Angebot an Leistungen der medizinischen Grundversorgung nicht im gleichen Umfang zunehmen wird; ohne Gegenmassnahmen droht eine Unterversorgung. Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) geht in seinen Prognosen zum Bestand und Bedarf an Fachpersonen davon aus, dass im Bereich des Pflegepersonals bereits im Jahr 2029 eine Unterdeckung von bis zu einem Drittel möglich sein

³ www.bag.admin.ch/de/forum-medizinische-grundversorgung

⁴ www.bag.admin.ch/de/agenda-grundversorgung > Vorgehen

⁵ www.bfs.admin.ch > Statistiken > Bevölkerung > Zukünftige Entwicklung > Publikation Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz und der Kantone 2025-2055

⁶ Schweizer Monitoring-System Sucht und nichtübertragbare Krankheiten MonAM: ind.obsan.admin.ch/monam, Indikator Multimorbidität NCD (Alter: 15+)

⁷ Volken Thomas, Bopp Matthias, Rüsch Peter (2014): Intensität der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen in der Schweiz, S. 2

⁸ Kostenmonitoring BAG: dashboardkrankenversicherung.admin.ch

könnte.⁹ Für manche ärztlichen Fachgebiete prognostiziert das Obsan, dass der Bedarf nur bei weiterhin hoher Einwanderung von im Ausland aus- und weitergebildeten Ärztinnen und Ärzten gedeckt bleibt. In den Fachrichtungen Hausarztmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Kinder- und Jugendmedizin droht trotz dieser Fachpersonen eine Unterversorgung.¹⁰ Mit der zunehmenden und gesundheitspolitisch gewünschten Verlagerung von stationär zu ambulant (Ambulantisierung) nimmt zudem der Bedarf an ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten zu.

Der Mangel an Haus- und Kinderärztinnen und -ärzten sowie im Bereich der psychiatrischen Versorgung von Kindern und Erwachsenen ist in verschiedenen Regionen bereits heute spürbar. Während im schweizweiten Durchschnitt heute 0,8 grundversorgende Ärztinnen und Ärzte pro 1000 Einwohnende tätig sind,¹¹ verzeichnen ländliche Gebiete nur 0,4 pro 1000 Personen.¹²

1.2 Politische Vorstösse

In den letzten Jahren wurden vor diesem Hintergrund verschiedene parlamentarische Vorstösse zur Stärkung der Grundversorgung an den Bundesrat überwiesen. Manche dieser Vorstösse wurden in die Massnahmen der Agenda Grundversorgung einbezogen (vgl. Tabelle 4), andere werden ausserhalb der Agenda Grundversorgung behandelt (vgl. Tabelle 5).

Vorstoss	Auftrag an den Bundesrat
Postulat 23.3678 Juillard: Wie kann dem Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten sowie Ärztinnen und Ärzten in bestimmten Fachgebieten sofort begegnet werden, insbesondere in bestimmten Regionen der Schweiz?	Der Bundesrat legt in einem Bericht dar, wie die Attraktivität der unterversorgten Regionen erhöht werden könnte.
Postulat 21.4226 Bulliard: Die medizinische Grundversorgung im ländlichen Raum und in den Berggebieten sicherstellen.	Der Bundesrat muss in einem Bericht Massnahmen und Strategien aufzeigen, mit denen die lokalen Akteure insbesondere in den ländlichen Gebieten und den Bergregionen die Gesundheitsversorgung künftig sicherstellen können.
Postulat 23.3864 Hurni: Mangel an Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz. Vermeiden wir einen Mangel an Lösungen!	Der Bundesrat muss einen Bericht vorlegen, der den notwendigen Bedarf und die Mittel aufführt, um dem Mangel an Ärztinnen und Ärzten, insbesondere an Hausärztinnen und Hausärzten, wirksam zu begegnen.
Motion 23.3854 (Hurni) Crottaz: Mangel an Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz. Vorbeugen ist besser als Heilen!	Der Bundesrat muss einen Entwurf zu Gesetzesbestimmungen vorlegen, mit denen sichergestellt werden kann, dass genügend Ärztinnen und Ärzte, namentlich Hausärztinnen und Hausärzte, ausgebildet werden.
Motion 23.3293 Roduit: Numerus clausus. Schluss mit dem Ausschluss von Medizinstudierenden aufgrund anderer Kriterien als Kompetenzen und Qualität	Der Bundesrat muss in Absprache mit den Kantonen für ein besseres Angebot an Studienplätzen und klinischen Praktika besorgt sein. Die Federführung für die Umsetzung liegt beim WBF. Die Arbeiten werden im Rahmen der Agenda Grundversorgung verfolgt (vgl. Kapitel 3.2.1, Massnahme B1.1)

⁹ Obsan (03/2021): www.obsan.admin.ch/de/publikationen/2021-gesundheitspersonal-der-schweiz-nationaler-versorgungsbericht-2021

¹⁰ Obsan (04/2022): www.obsan.admin.ch/de/publikationen/2022-zukuenftiger-bestand-und-bedarf-fachaerztinnen-und-aerzten-der-schweiz und Obsan (05/2023): www.obsan.admin.ch/de/publikationen/2023-zukuenftiger-bestand-und-bedarf-fachaerztinnen-und-fachaerzten-der-schweiz

¹¹ Ärztinnen und Ärzte mit einem Weiterbildungstitel in Allgemeiner Innerer Medizin, Praktische Ärztinnen und Ärzte, Ärztinnen und Ärzte mit einem Facharztstitel in Kinder und Jugendmedizin

¹² www.bfs.admin.ch > Statistiken > Gesundheit > Gesundheitswesen > Arztpraxen > Publikationen > «Arztpraxen und medizinische Grundversorgung in der Schweiz, 2018-2021»

Vorstoss	Auftrag an den Bundesrat
Postulat 19.4174 Humbel: Stärkung der Kinder- und Jugendmedizin. Nationale Strategie	Der Bundesrat muss in Zusammenarbeit mit den Kantonen und den betroffenen Organisationen und Fachpersonen eine nationale Strategie zur Stärkung der Kinder- und Jugendmedizin erarbeiten.
Motion 19.4134 Herzog: Stärkung der Kinder- und Jugendmedizin. Versorgungsforschung und Massnahmenplanung zur Sicherstellung der Behandlung von Kindern und Jugendlichen	Der Bund muss periodisch eine spezifische Versorgungsforschung im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin in Auftrag geben. Das BAG soll periodisch Bericht über die Entwicklung des Versorgungsstandes in der Kinder- und Jugendmedizin erstellen.

Tabelle 4: Vorstösse, die im Rahmen der Agenda Grundversorgung umgesetzt oder berücksichtigt werden

Vorstoss	Auftrag an den Bundesrat
Motion 19.3957 SGK-SR: Kostendeckende Finanzierung der Kinderspitäler bei effizient erbrachten Leistungen	Der Bundesrat muss geeignete Massnahmen treffen, um sicherzustellen, dass die Leistungen in der notwendigen Qualität effizient und kostengünstig erbracht werden.
Motion 19.4120 Müller: Mehr Zeit für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen	Der Bundesrat muss dem Parlament einen Erlassentwurf unterbreiten, der die Grundlage schafft, dass die Besonderheiten der Kinder- und Jugendmedizin zukünftig in den Sozialversicherungstarifen adäquat abgebildet werden.
Motion 24.3398 SGK-NR: Versorgungssicherheit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	Der Bundesrat muss die notwendigen Schritte einleiten, um die Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie schweizweit sicherzustellen.
Motion 22.4357 Nicolet: KVG. Stärkung der Grundversorgung dank eines besseren Angebots an Hausärztinnen und Hausärzten	Der Bundesrat muss eine Änderung des KVG vorlegen, die einen besseren Einzelleistungstarif für Hausärztinnen und Hausärzte vorsieht. Diese Anpassung muss kostenneutral umgesetzt werden.

Tabelle 5: Vorstösse, die ausserhalb der Agenda Grundversorgung umgesetzt werden

1.3 Definition der Grundversorgung

Der in der Schweiz verwendete Begriff der *medizinischen Grundversorgung* entspricht dem internationalen Konzept der *Primärversorgung (primary care)*.¹³ Die medizinische Grundversorgung gilt als zentraler Pfeiler des Gesundheitssystems und reicht von der Prävention über Kuration und Rehabilitation bis hin zur Palliation. Sie beinhaltet sowohl die somatische als auch die psychiatrische Versorgung von Erwachsenen und Kindern. Nebst der ambulanten ärztlichen und therapeutischen Behandlung in Praxen und spitalambulanten Strukturen sowie der Pflege gehören auch die stationäre Akutversorgung (inkl. Notfallversorgung) und die Langzeitpflege dazu. Aufgrund der mit den Akteuren vorgenommenen Priorisierung liegt der Fokus im vorliegenden Fachbericht auf der ambulanten Behandlung und Pflege sowie der Langzeitpflege. Die Stärkung der Primärprävention ist nicht Gegenstand der Agenda Grundversorgung (vgl. Kapitel 1.6).

Gemäss Bundesverfassung¹⁴ sorgen Bund und Kantone im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für eine ausreichende, allen zugängliche medizinische Grundversorgung von hoher Qualität (Art.

¹³ Primary Care zeichnet sich einerseits durch eine kontinuierliche und ganzheitliche medizinische Behandlung aus, andererseits durch die Koordination der langfristigen Gesundheitsversorgung einer Patientin oder eines Patienten. euro.who.int/publications/i/implementing-the-primary-health-care-approach-a-primer

¹⁴ SR 101

117a BV). Sie wird von vielen Fachpersonen¹⁵ in unterschiedlichen Gesundheitseinrichtungen und sowohl ambulant wie auch für stationär aufgenommene Patientinnen und Patienten erbracht. Ihre Arbeit ist zentral für die Qualität und die Zugänglichkeit zur gesamten Gesundheitsversorgung.¹⁶ Auch die Patientenzentrierung ist für eine qualitativ gute Gesundheitsversorgung und das Vertrauen der Bevölkerung in das Gesundheitssystem grundlegend.^{17,18}

1.4 Vision und Ziele der Agenda Grundversorgung

Ein ideales Gesundheitssystem bietet eine qualitativ hochstehende, für alle Menschen bedarfsgerecht zugängliche und bezahlbare Gesundheitsversorgung. Es ermöglicht den optimalen Einsatz der verschiedenen Kompetenzen der Gesundheitsfachpersonen (inkl. interprofessionelle Zusammenarbeit und Task Sharing), stellt die Koordination zwischen den Akteuren sicher und nutzt digitale Möglichkeiten. Es berücksichtigt die psychosozialen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten und bezieht deren soziales Umfeld in Entscheidungsprozesse ein. Schliesslich soll das Gesundheitssystem auf die lokalen und regionalen Gegebenheiten abgestimmt sein. Im föderal organisierten Gesundheitswesen der Schweiz dürfte die Organisation der medizinischen Grundversorgung somit auch zukünftig je nach Region, ihrer demografischen Struktur und Ressourcen unterschiedliche Ausprägungen haben.

Unabhängig von der regionalen Ausgestaltung soll die medizinische Grundversorgung so organisiert sein, dass die Menschen unabhängig von ihrer sozioökonomischen Lage adäquaten Zugang zur Versorgung erhalten. Gesunde Menschen mit Fragen zum Gesundheitszustand und zum Gesundheitsverhalten sollen Zugang zu verlässlichen Gesundheitsinformationen und wo notwendig die erforderliche Beratung erhalten. Akut und chronisch erkrankte Menschen brauchen raschen Zugang zu bedarfsgerechten Versorgungsangeboten. Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte, Psychiaterinnen und Psychiater sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater werden durch die interprofessionelle Zusammenarbeit gestärkt und von Aufgaben entlastet, die keine ärztliche Behandlung erfordern.

Diese Vision kann realisiert werden, wenn zwei Ziele erfüllt sind:

- **Ziel A:** Gewährleisten einer zukunftsfähigen, innovativen Versorgungsorganisation, dazu gehört, die Kompetenzen der Fachpersonen zielgerichtet einzusetzen und die interprofessionelle Zusammenarbeit zu nutzen;
- **Ziel B:** Gewährleisten, dass genügend qualifizierte Fachpersonen ausgebildet werden und im Beruf bleiben, dazu gehört, den beruflichen Nachwuchs zu fördern und die Arbeitsbedingungen zu verbessern.

1.5 Handlungsfelder der Agenda Grundversorgung

Zur Erreichung dieser Ziele braucht es Massnahmen in zwei entsprechenden Handlungsfeldern. Diese wurden im Rahmen von Arbeitsgruppen identifiziert. Unter der Federführung des

¹⁵ Gemeint sind einerseits Berufe, die Gegenstand des Medizinal-, Gesundheits- oder des Psychologieberufegesetzes sind. Andererseits listet das Berufsverzeichnis des Staatssekretariates für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI) folgende Ausbildungsfelder auf, die im engeren oder weiteren Sinne der medizinischen Grundversorgung zugeordnet werden können: Zahnmedizin, Krankenpflege und Geburtshilfe; Medizinische Diagnostik und Behandlungstechnik; Therapie und Rehabilitation, Pharmazie, Psychologie, Traditionelle und alternative Heilmethoden und Therapien. Auf der Stufe der beruflichen Grundbildung werden neun Berufe ausgebildet, dazu kommen 13 Berufe an Höheren Fachschulen und über 20 Abschlüsse im Bereich der Berufs- und Höheren Fachprüfungen.

¹⁶ www.bag.admin.ch/de/medizinische-grundversorgung

¹⁷ www.oecd.org > Publication > Browse all publications > Does Healthcare Deliver?

¹⁸ Die Möglichkeit des Mitentscheidens und die Kontinuität der Behandlung ist für Patientinnen und Patienten zentral, sie ist sogar wichtiger als der fachliche Hintergrund der Behandlungsperson. Obsan (04/2021): www.obsan.admin.ch/de/publikationen/2021-zukuenftige-ambulante-grundversorgung-einstellungen-und-praeferenzen-der

BAG erarbeiteten Verbände der Leistungserbringer, Berufsorganisationen, Patientenorganisationen, Versicherer sowie Vertretende von Bund, Kantonen und Gemeinden seit Anfang 2025 Massnahmen zur Umsetzung der Agenda Grundversorgung. Insgesamt brachten rund 80 Personen aus über 50 Organisationen¹⁹ ihre Expertise in die Handlungsfelder ein.

Bei der Erarbeitung der Massnahmen wurden aktuelle Entwicklungen berücksichtigt, u.a. die digitale Transformation, die Verschiebung vom stationären in den ambulanten Bereich sowie innovative Modelle der koordinierten und interprofessionellen Versorgung.

Die Massnahmen im Handlungsfeld A (vgl. Kapitel 2) sind auf alle Berufsgruppen ausgerichtet, während der Fokus bei Handlungsfeld B (vgl. Kapitel 3) auf den Ärztinnen und Ärzten sowie psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten liegt. Die Bedeutung der Nachwuchsförderung bei weiteren Gesundheitsberufen ist unbestritten. Allerdings legen die aktuellen politischen Vorstösse einen Fokus auf die ärztliche Grundversorgung sowie die psychologische Psychotherapie. Zudem wurden für die Pflegeberufe mit der Umsetzung der Pflegeinitiative bereits zahlreiche Massnahmen lanciert. Darüber hinaus hängt der zukünftige Bedarf an Fachpersonen weiterer Gesundheitsberufe von der Aufgabenteilung zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen und der entsprechenden Weiterentwicklung der Berufsprofile ab. Der Nachwuchsbedarf weiterer Gesundheitsberufe kann somit aktuell nicht verlässlich eruiert werden.

Für die im Fachbericht vorgeschlagenen Massnahmen werden im Hinblick auf deren Umsetzung folgende Angaben zum Zeithorizont gemacht: «kurzfristig umsetzbar» bedeutet, dass die Massnahme innert dreier Jahre umgesetzt werden könnte, «mittel- bis langfristig umsetzbar» bedeutet, dass die Umsetzung der Massnahme mehr als drei Jahre in Anspruch nehmen würde.

Insgesamt lassen sich die Vision der Agenda Grundversorgung, die hierfür zu erreichenden Ziele und die zu bearbeitenden Handlungsfelder wie folgt visualisieren:



Abbildung 1: Vision Grundversorgung 2040

¹⁹ www.bag.admin.ch/de/agenda-grundversorgung > Vorgehen

1.6 Abgrenzung

Die in der Agenda Grundversorgung vorgeschlagenen Massnahmen fokussieren auf eine Verbesserung der Angebotsseite und zielen nicht darauf ab, den Bedarf nach medizinischen Leistungen zu reduzieren. Das Ziel, mittels Primärprävention nicht übertragbare Krankheiten zu verhindern, zu verzögern oder deren Folgen zu vermindern, wird im Rahmen der Nationalen Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie 2017-2024, verlängert bis 2028) weiterverfolgt. Massnahmen der (medikamentösen) Sekundär- und/oder Tertiärprävention sind jedoch Teil der medizinischen Grundversorgung.

Die Förderung der Digitalisierung des Gesundheitssystems sowie konkrete Massnahmen zur Verbreitung des elektronischen Gesundheitsdossiers (E-GD) sind zentrale Erfolgsfaktoren für eine zukunftsfähige Grundversorgung. Sie sind jedoch nicht Gegenstand der Arbeiten an der Agenda Grundversorgung, da auch sie im Rahmen anderer Arbeiten (z.B. Programm DigiSanté²⁰) weiterverfolgt werden.

²⁰ www.digisante.admin.ch

2 Handlungsfeld A: Innovative Versorgung, Weiterentwicklung Berufsprofile sowie Klärung der Rahmenbedingungen

2.1 Kurzbeschreibung Handlungsfeld A

Die hausärztliche Versorgung – im interprofessionellen Praxisteam – hat heute und in Zukunft einen wichtigen Stellenwert für die medizinische Grundversorgung, ebenso wie die kinderärztliche Versorgung für die kontinuierliche Betreuung von Kindern und Jugendlichen und die psychiatrische und kinderpsychiatrische Versorgung für Menschen mit psychischen Problemen bzw. Erkrankungen.

Gleichzeitig müssen die Kompetenzen von nicht-ärztlichen Gesundheitsfachpersonen besser genutzt und die interprofessionelle Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsberufe gestärkt werden. So haben für Menschen mit langwierigen, chronischen Erkrankungen und bei Pflegebedürftigkeit sowie für Frauen während der Schwangerschaft und nach der Geburt Gesundheitseinrichtungen bzw. Gesundheitsfachpersonen wie Spitex-Organisationen, therapeutische Fachpersonen (Physiotherapie, Ergotherapie, Ernährungsberatung und Logopädie),²¹ Hebammen, Apotheken und Pflegeheime, Psychologieberufe sowie die Gesundheitsligen und Patientenorganisationen eine zentrale Rolle in der Grundversorgung. Neben einer guten Zugänglichkeit ist in diesen Situationen die Koordination zwischen den an der Behandlung und Pflege beteiligten Gesundheitsfachpersonen wichtig.

Zu berücksichtigen ist aber auch die Situation von Menschen mit akuten Beschwerden und Fragen zu ihrem Gesundheitszustand, die eine bedarfsgerechte Beratung und allenfalls Behandlung benötigen.

Im Fokus des Handlungsfelds A stehen drei – sehr allgemein formulierte – Personengruppen mit unterschiedlichen Gründen für die Inanspruchnahme der Grundversorgung. Abhängig vom Gesundheitszustand bzw. Krankheitsverlauf kann eine Person auch verschiedene Gründe für die Inanspruchnahme der Grundversorgung haben:

- **Gruppe 1:** Personen mit (mehrfachen) **chronischen und/oder psychischen Erkrankungen** bzw. **gebrechliche, pflegebedürftige Menschen** (inkl. Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen) **sowie Kinder und Jugendliche**, die eine koordinierte und kontinuierliche Behandlung und Pflege benötigen;
- **Gruppe 2:** **Akut erkrankte Personen** jeden Alters mit **einfachen medizinischen Beschwerden**, die rasch eine angemessene Beratung und abschliessende Behandlung oder bei Bedarf eine Weiterleitung an die angemessene Fachperson/Ansprechstelle benötigen;²²
- **Gruppe 3:** Gesunde Personen mit **Fragen und/oder Sorgen zu ihrem Gesundheitszustand**, die einen niederschweligen Zugang zu vertrauenswürdigen Informationen und allenfalls Beratung durch eine kompetente Fachperson benötigen bzw. bei Bedarf eine Weiterleitung an die angemessene Fachperson bzw. Ansprechstelle.

²¹ Genannt sind diejenigen Fachpersonen, die gemäss Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) auf ärztliche Anordnung hin therapeutische Leistungen abrechnen dürfen.

²² Schwere Notfälle werden im Rahmen der Agenda Grundversorgung nicht mitberücksichtigt.

In allen drei Personengruppen gibt es Menschen mit sozialem Unterstützungsbedarf sowie Personen, für die sprachliche Hürden oder die Komplexität des Gesundheitssystems den Zugang zu passenden Anlaufstellen erschweren. Dies ist entsprechend zu berücksichtigen.

Um die medizinische Grundversorgung für die unterschiedlichen Bedürfnisse der Bevölkerung zu gewährleisten, braucht es in allen Regionen der Schweiz (über-)regionale Modelle der Grundversorgung mit bedarfsgerechten Zugängen. Um dies zu erreichen, haben sich zwei Stossrichtungen herauskristallisiert:

- **Die (zukünftigen) Rollen und Kompetenzen von nicht-ärztlichen Gesundheitsfachpersonen und die interprofessionelle Zusammenarbeit müssen geklärt und gestärkt werden.** Dadurch werden die koordinierte und kontinuierliche Behandlung und Pflege von Patientinnen und Patienten der Gruppe 1 sichergestellt.
- Es braucht bedarfsgerechte Zugänge zu verlässlichen Gesundheitsinformationen sowie zu Beratung und Behandlung **durch kompetente Fachpersonen oder Ansprechstellen**, für Personen der Gruppe 2 und Gruppe 3 zusätzlich zu den Hausarztpraxen. Damit können Haus- und Kinderarztpraxen, psychiatrische Praxen, aber auch Sanitätsnotrufzentralen, Rettungsdienste und Notfallstationen in den Spitälern entlastet werden.

Diese beiden Herausforderungen werden in drei Themenbereichen mit zehn Massnahmen angegangen:

A1 Weiterentwicklung der Rollen und Kompetenzen von nicht-ärztlichen Gesundheitsfachpersonen und Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit

In diesem Themenbereich soll nachhaltig sichergestellt werden, dass Patientinnen und Patienten der Gruppe 1 Zugang zu einer qualitativ hochwertigen koordinierten und kontinuierlichen Behandlung und Pflege haben.²³ Dazu sollen, wo notwendig und möglich, die Rollenprofile und Kompetenzen nicht-ärztlicher Gesundheitsfachpersonen (z.B. Pflegeberufe, Praxisassistentinnen MPA und Praxiskoordinatorinnen MPK) weiterentwickelt und die interprofessionelle Zusammenarbeit (z.B. mit Apotheken, therapeutischen Fachpersonen, Psychologieberufen, Gesundheitsligen und Patientenorganisationen, Hebammen, Mütter- und Väterberatung) sowie die Vernetzung mit der Sozialberatung verbessert werden. Zudem soll der systematische Einbezug von Patientinnen und Patienten sowie ihren Angehörigen auf allen Ebenen gestärkt werden.

A2 Angemessene Beratung und Behandlung bei akuten Erkrankungen und Fragen zum Gesundheitszustand

Ziel der Massnahmen in diesem Themenbereich ist es, dass Personen der Gruppen 2 und 3 rasch eine angemessene Beratung erhalten. In den Hausarztpraxen übernehmen oft die Medizinischen Praxisassistentinnen MPA und Praxiskoordinatorinnen MPK diese Aufgabe. Zusätzlich können z.B. Apothekerinnen und Apotheker, Pflegefachpersonen bzw. Pflegexpertinnen und -experten APN, Beratungspersonen bei Patientenorganisationen, Mütter- und Väterberatungen oder Hebammen eine Beratung bei akuten Erkrankungen und Fragen zum Gesundheitszustand sicherstellen und, sofern angezeigt und die entsprechenden Kompetenzen vorhanden sind, eine abschliessende Behandlung durchführen bzw. die betroffene Person an die angemessene Fachperson oder Ansprechstelle weiterleiten.²⁴ Wichtig ist, dass behandlungsrelevante Informationen in einem elektronischen Gesundheitsdossier festgehalten werden, so dass sie der behandelnden Hausärztin bzw. dem behandelnden Hausarzt bei Bedarf

²³ Z.B. gemäss dem Chronic Care Modell von Wagner gemäss Obsan Dossier 45 «Neue Versorgungsmodelle für chronisch Kranke», S. 33f. Abrufbar unter: www.obsan.admin.ch/de/publikationen.

²⁴ Unter Berücksichtigung der Schnittstelle zu den Rettungsdiensten und Notfallstationen in den Spitälern.

zur Verfügung stehen. Dadurch sollen Haus- und Kinderarztpraxen, Sanitätsnotrufzentralen, Rettungsdienste und Notfallstationen in den Spitälern entlastet werden. Ausserdem soll die Bevölkerung befähigt werden, sich im Gesundheitssystem besser zu orientieren und die Zugänge und Angebote sinnvoll zu nutzen.

A3 Grundlagen zur Verbreitung von innovativen Versorgungsmodellen bereitstellen

Es gibt heute bereits viele innovative Ansätze zur Stärkung der medizinischen Grundversorgung. Einige sind auf www.bag-blueprint.ch dokumentiert. Ziel der Massnahmen in diesem Themenbereich ist es, dass die zuständigen Akteure auf konsolidierte und praxisorientierte Grundlagen und bewährte Ansätze zurückgreifen, um zukunftsfähige Modelle der medizinischen Grundversorgung zu fördern und umzusetzen. Grundsätzlich obliegt den Kantonen und Gemeinden die Rolle, entsprechende Modelle zu fördern und die Akteure bei der Umsetzung zu unterstützen.

Digitalisierung als Voraussetzung für eine nachhaltige Stärkung der medizinischen Grundversorgung

Die Digitalisierung ist eine wichtige Voraussetzung, um die medizinische Grundversorgung nachhaltig sicherzustellen. Digitale Hilfsmittel können einen niederschweligen Zugang, bessere Koordination und effizientere Nutzung der vorhandenen Ressourcen ermöglichen. Entscheidend ist dabei nicht die Entwicklung neuer Anwendungen, sondern der konsequente Einsatz von bestehenden Instrumenten – mit Fokus auf die Benutzerfreundlichkeit und die Akzeptanz bei der Bevölkerung und bei Fachpersonen. Dazu braucht es prioritär ein weiterentwickeltes elektronisches Gesundheitsdossier zur Unterstützung der koordinierten Versorgung sowie Telemedizin und digitale Hilfsmittel bei der Triage für einen schnellen Erstkontakt bei akuten Problemen. Mit Telemonitoring können bei chronisch kranken Menschen Verschlechterungen des Gesundheitszustands frühzeitig erkannt werden.

Der flächendeckende Einsatz digitaler Instrumente setzt einheitliche, verbindliche Standards sowie eine interoperable Ausgestaltung der Systeme voraus. Gesundheitsdaten sind strukturiert und in standardisierter Form austauschbar bereitzustellen. Ohne diese Grundlagen können die Potenziale digitaler Lösungen nicht realisiert werden. Die Massnahmen zur raschen Digitalisierung des Gesundheitssystems werden im Rahmen des Programms DigiSanté²⁵ koordiniert. Dabei ist der konsequente Einbezug der verschiedenen Berufsgruppen von entscheidender Bedeutung.

2.1.1 Bereits laufende Massnahmen

Der Bund setzt bereits diverse Massnahmen um, die mit der Zielsetzung des Handlungsfelds A einhergehen. Diese werden im Rahmen der Agenda Grundversorgung deshalb nicht behandelt.

A1 Weiterentwicklung der Rollen und Kompetenzen von nicht-ärztlichen Gesundheitsfachpersonen und Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit
Regelung der Pflegeexpertinnen und -experten APN als neuer Gesundheitsberuf (Revision GesBG ²⁶)
Prüfaufrag zur Regelung von APN-Leistungen im KVG
Kompetenzerweiterungen für die Apothekerinnen und Apotheker sowie Hebammen (im Rahmen der Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Verbesserung der Qualität in der Langzeitpflege
Abgeltung ambulanter ärztlicher Leistungen (TARDOC und ambulante Pauschalen)
Einführung der einheitlichen Finanzierung der Leistungen
Partizipation von Patientinnen und Patienten

²⁵ www.digisante.admin.ch

²⁶ Gesundheitsberufegesetz GesBG, SR 811.21

A2 Angemessene Beratung und Behandlung bei akuten Erkrankungen und Fragen zum Gesundheitszustand
Artikel 56a KVG Gezielte Information der Versicherten
A3 Grundlagen zur Verbreitung von innovativen Versorgungsmodellen bereitstellen
Förderprogramm Effizienz in der medizinischen Grundversorgung
Modellvorhaben Nachhaltige Raumentwicklung des ARE (Schwerpunktthema Grundversorgung in ländlich-peripheren Gebieten inkl. Gesundheitsversorgung)

Tabelle 6: Bereits laufende Massnahmen im Kontext des Handlungsfelds A (nicht abschliessend)

Regelung der Pflegeexpertinnen und -experten APN als neuer Gesundheitsberuf (Revision GesBG) sowie Prüfauftrag zur Regelung von APN-Leistungen im KVG

Im Rahmen der Umsetzung der zweiten Etappe der Pflegeinitiative²⁷ hat der Bundesrat das EDI beauftragt, in Zusammenarbeit mit dem WBF eine mögliche Revision des Bundesgesetzes über die Gesundheitsberufe (GesBG) zu prüfen. Ziel ist es, zu prüfen, ob der Master in Advanced Practice Nursing (APN) und die Ausübung des Berufs der Pflegeexpertin und -experte APN reguliert werden sollen. Gleichzeitig hat der Bundesrat das BAG beauftragt, die Möglichkeit zu prüfen, bestimmte Leistungen der Pflegeexpertinnen und -experten APN von der Krankenversicherung zu erstatten.

Kompetenzerweiterungen für die Apothekerinnen und Apotheker sowie Hebammen

Mit dem Paket 2 des Kostendämpfungsprogramms²⁸ des Bundes wurde die Rechtsgrundlage geschaffen, dass Leistungen, die von **Apothekerinnen und Apothekern** zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung durchgeführt werden dürfen, erweitert werden. Dazu gehört insbesondere die Möglichkeit der Durchführung von Leistungen im Rahmen von Präventionsprogrammen oder von pharmazeutischen Beratungsleistungen zur Optimierung der Arzneimitteltherapie und Therapietreue. Auch bei den **Hebammen** wurden die Leistungen erweitert, die in eigener Verantwortung erbracht werden können. Insbesondere können sie bestimmte Arzneimittel anwenden, bestimmte Analysen sowie Mittel und Gegenstände verordnen oder Leistungen bei Krankheit von Mutter und Kind erbringen. Das Eidgenössische Departement des Innern EDI bezeichnet auf Antrag die von Apothekerinnen und Apothekern und Hebammen veranlassten oder durchgeführten neuen Leistungen.

Verbesserung der Qualität in der Langzeitpflege

Die Eidgenössische Qualitätskommission (EQK) hat den Verbänden ARTISET mit dem Branchenverband CURAVIVA und senesuisse die Umsetzung eines Nationalen Implementierungsprogramms «Qualität der Langzeitpflege in Alters- und Pflegeheimen»²⁹ übertragen. Ziel dieses Programms ist die datenbasierte Verbesserung der Qualität von medizinischen Leistungen in stationären Einrichtungen der Langzeitpflege. Dazu gehören vorerst die Qualitätsüberprüfung und Verbesserung der dafür notwendigen Daten. Anschliessend werden Qualitätsmassnahmen auf nationaler Ebene entwickelt und umgesetzt. Zudem wird weiterer Handlungsbedarf zur Qualitätsverbesserung in Pflegeheimen und bei den Übergängen zu anderen Leistungserbringern eruiert. Die Betriebe werden bei der Messung der Qualitätsindikatoren und der Implementierung der Qualitätsverbesserungsmassnahmen unterstützt. Es werden ausserdem neue Indikatoren entwickelt. Das Programm läuft von 2022 bis 2026 mit einem Budget von über 6 Millionen Franken.

²⁷ Medienmitteilung des Bundesrates vom 8. Mai 2024: Bundesrat will die Arbeitsbedingungen verbessern und die Ausbildung in der Pflege fördern. Aufrufbar unter: www.news.admin.ch

²⁸ www.bag.admin.ch/de/kvg-anderung-massnahmen-zur-kostendaempfung-paket-2

²⁹ www.bag.admin.ch/de/eqk-laufende-programme-projekte-und-studien

Abgeltung ambulanter ärztlicher Leistungen

Ab 1. Januar 2026 werden ambulante ärztliche Leistungen über die beiden Tarifstrukturen TARDOC und ambulante Pauschalen (Gesamt-Tarifsystem) abgerechnet. Mit TARDOC wird die Haus- und Kinderarztmedizin aufgewertet, indem ihr zur Abrechnung der Leistungen neu ein eigenes Kapitel zur Verfügung steht. Auch gibt es bei Haus- und Kinderärzten für Besuche zur Betreuung von Patientinnen und Patienten an ihrem Wohnsitz eine «Besuchs-Inkonvenienzpauschale» und für hausärztliche Umfeldarbeit in Abwesenheit des Patienten eine erhöhte Limitation. Die Einführung eines spezifischen Kapitels für die hausärztliche Grundversorgung inkl. Kinder- und Jugendmedizin sollte gezielte Verbesserungen ermöglichen. Die Tarifpartner sehen bei der Einführung der beiden Tarifstrukturen auch eine separate Überwachung der Kostenentwicklung in der Grundversorgung im Rahmen der dynamischen Kostenneutralität vor. Der Bundesrat hat die Tarifpartner aufgefordert, ihm die dazu entwickelte Methode gleichzeitig mit der Einreichung der neuen Version des Gesamt-Tarifsystems für 2027 vorzulegen.³⁰

Einführung der einheitlichen Finanzierung der Leistungen (EFAS)

In der Volksabstimmung vom 24. November 2024 wurde die Änderung des KVG zur einheitlichen Finanzierung der Leistungen angenommen. Damit sollen die drei bestehenden Finanzierungsregimes für ambulante Leistungen, stationäre Spitalleistungen sowie Pflegeleistungen geändert werden (ambulante und stationäre Leistungen ab 2028, Pflegeleistungen ab 2032). Im künftigen Regime wird die Vergütung aller von diesen Regimes betroffenen Leistungen auf von den Tarifpartnern ausgehandelten Tarifen basieren. Die Vergütung wird durch die Kantone und die OKP gemäss den im KVG festgelegten Anteilen finanziert. Mit der einheitlichen Finanzierung werden die heutige Restfinanzierung der Pflegeleistungen sowie die Beiträge der OKP durch Tarife für Pflegeleistungen ersetzt. Für die Vergütung der Pflegeleistungen in Pflegeheimen und zu Hause erarbeiten Leistungserbringer, Versicherer und Kantone zusammen eine schweizweit einheitliche Tarifstruktur. Damit wird eine Grundlage für eine sachgerechtere Vergütung der Pflegeleistungen geschaffen.³¹

Partizipation von Patientinnen und Patienten

Der Bundesrat hat die Stärkung von Patientinnen, Patienten und von Patientenorganisationen sowie der Patientenzentriertheit im Gesundheitssystem in seinen Vierjahreszielen 2025-2028³² zur Qualitätsentwicklung in der Krankenversicherung aufgenommen (PZ1 und PZ2). Die EQK setzt die Ziele des Bundesrats um. Sie hat dazu drei Projekte³³ ausgeschrieben:

- «Empfehlungen für den systematischen Einbezug von Betroffenen, Angehörigen und der Bevölkerung in Entscheidungsprozesse von Behörden, Leistungserbringern und Versicherern im Gesundheitswesen» (Unisanté und Berner Fachhochschule, Laufzeit 1.10.2024 bis 30.9.2027);
- «Plattform zur Förderung des Einbezugs von Betroffenen, Angehörigen und der Bevölkerung im Gesundheitswesen mit Informationen, Schulungs- und Vernetzungsmöglichkeiten». Dieses verfolgt das Ziel, eine öffentlich zugängliche Schulungs- und Informations-Plattform mit Dokumenten, Instrumenten und Standards für Schulung, Coaching und Vernetzung von Betroffenen, Angehörigen und der Bevölkerung sowie Fachpersonen in der Schweiz aufzubauen (SPO, Beratungsgruppe für Verbands-Management BVM, LerNetz AG, Stiftung Patientensicherheit Schweiz, Patientenstelle Zürich, Laufzeit 1.4.2024 bis 30.4.2028);

³⁰ www.bag.admin.ch/de/ambulanter-arzttarif

³¹ www.bag.admin.ch/de/kvg-anderung-einheitliche-finanzierung-der-leistungen

³² www.bag.admin.ch/qualitaetsstrategie-krankenversicherung > Dokumente

³³ www.bag.admin.ch/de/eqk-laufende-programme-projekte-und-studien

- «Einbezug von Betroffenen, Angehörigen und der Bevölkerung: Abklärung des Handlungsbedarfs zur Förderung der Qualität im Gesundheitswesen aus Sicht der Patientenorganisationen» (Berner Fachhochschule, Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana, Haute École Arc Neuchâtel Bern Jura, Laufzeit 1.5.2024 bis 28.2.2025).

Zudem verfolgt das BAG in einem gemeinsamen Projekt mit der SAMW das Ziel, die gesundheitliche Vorausplanung zu fördern und damit den Patientenwillen zu stärken³⁴. Im Rahmen der Plattform Selbstmanagement-Förderung bei nichtübertragbaren Krankheiten, Sucht und psychischen Erkrankungen (SELF) wurde im Januar 2025 eine Erklärung zur Partizipation der Betroffenen³⁵ in der Versorgung publiziert.

Artikel 56a KVG Gezielte Information der Versicherten

Der im Rahmen der Beratung des Paket 2 des Kostendämpfungsprogramms³⁶ ins KVG eingeführte Artikel 56a hat auch zum Ziel, Informationsmöglichkeiten zu schaffen, die zur Kostendämpfung beitragen. Mit dieser Anpassung des KVG können die Krankenversicherer die Versicherten gezielt über kostengünstigere Leistungen, die Wahl von geeigneten besonderen Versicherungsformen und präventive Massnahmen informieren. Die Persönlichkeitsrechte der Versicherten müssen dabei bestmöglich gewahrt werden. Die Vernehmlassung zum Verordnungsrecht wurde am 5. November 2025 eröffnet und dauert bis 19. Februar 2026. Der aktuelle Zeitplan sieht vor, dass die Verordnungen auf 1. Juli 2026 in Kraft treten sollen.

Förderprogramm «Effizienz in der medizinischen Grundversorgung» (EmGV)

Mit dem Förderprogramm EmGv unterstützt der Bund Projekte in der Berufsausübung und Bildung, welche die Effizienz in der medizinischen Grundversorgung und insbesondere die Interprofessionalität fördern. Gefördert werden Projekte, die einen Beitrag leisten, um die Grundversorgung von Langzeitpatientinnen und -patienten zu optimieren und effizient auszurichten. Das Förderprogramm dauert von Mitte 2024 bis 2028 und es stehen knapp 8 Millionen Franken zur Projektförderung zur Verfügung. Die Zuschläge der ersten von zwei Förderrunden wurden Ende Oktober 2025 publiziert (vgl. Förderprogramm «Effizienz in der medizinischen Grundversorgung»³⁷).

Modellvorhaben Nachhaltige Raumentwicklung

Das Bundesamt für Raumentwicklung ARE fördert mit den Modellvorhaben Nachhaltige Raumentwicklung³⁸ neue Ansätze und Methoden für die nachhaltige räumliche Entwicklung in Gemeinden oder Regionen. Für die Programmgeneration 2025 bis 2030 wurde unter anderem der Themenschwerpunkt «Zentrumsfunktionen in ländlichen Regionen und Berggebieten stärken» festgelegt. Die Modellvorhaben zu diesem Themenbereich sollen dazu beitragen, Dienstleistungen und Angebote der Grundversorgung inkl. Gesundheitsversorgung aufrechtzuerhalten, zu verbessern und/oder zugänglich zu machen. Projekte konnten bis am 20. Juni 2025 eingereicht werden.

³⁴ www.bag.admin.ch/gvp

³⁵ www.bag.admin.ch/de/plattform-selbstmanagement-foerderung-bei-nichtuebertragbaren-krankheiten-sucht-und-psychischen-erkrankungen-self > Erklärung der Akteure der Plattform SELF «Für unsere Gesundheit – in Zukunft mit uns»

³⁶ www.bag.admin.ch/de/kvg-anderung-massnahmen-zur-kostendaempfung-paket-2

³⁷ www.bag.admin.ch/de/foerderprogramm-effizienz-in-der-medizinischen-grundversorgung

³⁸ www.are.admin.ch/de/modellvorhaben

2.2 Themenbereiche und Handlungsbedarf

Die bestehenden Rahmenbedingungen ermöglichen bereits die Umsetzung von innovativen Ansätzen zur Stärkung der medizinischen Grundversorgung. Zu klären sind jedoch gewisse Umsetzungsfragen sowie die Bereitstellung von breit abgestimmten Grundlagen als Orientierung. Die bestehenden Rahmenbedingungen begrenzen jedoch die Weiterentwicklung der Rollenprofile im Hinblick auf «Taskshifting» und «Tasksharing» in den Pflege- und Praxisteams als wichtige Voraussetzung für eine zukunftsfähige Versorgungsorganisation.

Ergänzend zu den bereits laufenden Massnahmen sollen folgende Massnahmen umgesetzt werden:

A1 Weiterentwicklung der Rollen und Kompetenzen von nicht-ärztlichen Gesundheitsfachpersonen und Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit	
A1.1	Rollenprofile des Gesundheitspersonals in Pflegeheimen, Spitex-Organisationen und ambulanten Arztpraxen weiterentwickeln
A1.2	Medizinische Grundversorgung in den Pflegeheimen sicherstellen
A1.3	Tarifliche Rahmenbedingungen für die koordinierte interprofessionelle Zusammenarbeit verbessern
A1.4	Bedeutung der Sozialberatung in der Grundversorgung stärken
A1.5	Einbezug der Patientinnen und Patienten sowie der Angehörigen verbessern
A2 Angemessene Beratung und Behandlung bei akuten Erkrankungen und Fragen zum Gesundheitszustand	
A2.1	Zugang zu angemessener Beratung bzw. Behandlung bei akuten Gesundheitsproblemen und bei Fragen zum Gesundheitszustand sicherstellen
A2.2	Information der Bevölkerung verbessern
A3 Grundlagen zur Verbreitung von innovativen Versorgungsmodellen bereitstellen	
A3.1	«Nationale Leitlinien» für zukunftsfähige Modelle der medizinischen Grundversorgung erarbeiten
A3.2	Aufzeigen von Möglichkeiten und Rahmenbedingungen für die Umsetzung von zukunftsfähigen Modellen der medizinischen Grundversorgung
A3.3	Grundversorgung in ländlich-peripheren Gebieten und Strukturen für den interprofessionellen Austausch stärken

Tabelle 7: Themenbereiche und Massnahmen Handlungsfeld A

2.2.1 Themenbereich A1: Weiterentwicklung der Rollen und Kompetenzen von nicht-ärztlichen Gesundheitsfachpersonen und Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit

Der Fachkräftemangel in den Bereichen Hausarztmedizin, Psychiatrie, Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie in der Pflege und weiteren Gesundheitsberufen wird sich weiter verschärfen. Zusätzlich zu mehr Ausbildungsplätzen und attraktiveren Arbeitsbedingungen (vgl. *Massnahmen im Handlungsfeld B*) ist es daher zentral, dass die medizinische Grundversorgung multi- und interprofessionell weiterentwickelt wird. Im Fokus steht die Stärkung der haus- und kinderärztlichen Praxen, in dem die Rollenprofile und Kompetenzen nicht-ärztlicher Gesundheitsfachpersonen (Pflegeberufe, Praxisassistentinnen MPA und Praxiskoordinatorinnen MPK) weiterentwickelt und die interprofessionelle Zusammenarbeit verbessert und verbindlicher definiert werden. Eine engere Zusammenarbeit braucht es beispielsweise mit Apothekerinnen und Apothekern, Psychologieberufen, therapeutischen Fachpersonen, Hebammen, Mütter- und Väterberatung sowie mit der Sozialberatung. Zudem soll der Einbezug von Patientinnen und Patienten sowie ihren Angehörigen auf allen Ebenen verbessert werden.

Massnahme A1.1:**Rollenprofile des Gesundheitspersonals in Pflegeheimen, Spitex-Organisationen und ambulanten Arztpraxen weiterentwickeln**

Angesichts des zunehmenden Fachkräftemangels braucht es regulatorische und organisatorische Rahmenbedingungen, die einen effizienten Einsatz der bestehenden Ressourcen in einer Gesundheitseinrichtung (Task sharing und Task shifting) ermöglichen. Dazu gehört insbesondere, die Rollenprofile des Gesundheitspersonals (Medizinische Praxisassistentinnen MPA und Praxiskoordinatorinnen MPK, Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten APN, Pflegepersonal FH/HF mit oder ohne Weiterbildung, FaGe, Pflegehelfende) in ambulanten Arztpraxen (Hausarzt-, Kinderarzt- und psychiatrische Praxen), Pflegeheimen und Spitex-Organisationen im Hinblick auf die Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung unter Berücksichtigung der in der Praxis verankerten Chronic Care Modelle, weiterzuentwickeln.

Zielsetzung	Hinsichtlich der Effizienz ist es entscheidend, den gesamten Tätigkeitsbereich (Scope of Practice) jedes Berufs voll auszuschöpfen. Die Rollenprofile des Gesundheitspersonals in Pflegeheimen, Spitex-Organisationen und ambulanten Arztpraxen sollen deshalb weiterentwickelt werden, um ihren Tätigkeitsbereich in der medizinischen Grundversorgung zu stärken.
Beschreibung der Massnahme und Zuständigkeit	<ul style="list-style-type: none"> a) Das BAG ermittelt in Zusammenarbeit mit den Organisationen der Arbeitswelt (OdASanté, OdAMed) und den Berufs-/Branchenverbänden (FMH, mfe, Kinderärzte Schweiz, pädiatrie schweiz, SGPP, CURAVIVA/ARTISET, Spitex, SBK, SVA) sowie den Versicherern (prio.swiss, Einkaufsgemeinschaften) und dem Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI) im ersten Schritt den Bedarf an erweiterten beruflichen Kompetenzen für das jeweilige Setting (Haus-/Kinderarztpraxis, psychiatrische Praxis, Pflegeheim, Spitex und wo sinnvoll Spitalambulatorien). b) Auf der Grundlage dieser Analyse ist mit allen Stakeholdern zu prüfen, ob diese Kompetenzen von bereits vorhandenen Berufsbildern abgedeckt werden können oder wie die Kompetenzprofile des genannten Gesundheitspersonals weiterentwickelt bzw. geschärft werden sollen. c) Anschliessend prüfen die jeweils zuständigen Akteure die Umsetzung, z.B. Überprüfung und allfällige Anpassung von Bildungsgängen, Tarif-/Administrativverträgen, Gesundheitsberufegesetzgebung etc.
Finanzierung	Wird im Rahmen der weiteren Arbeiten geprüft.
Rechtlicher Rahmen	Im Rahmen der weiteren Arbeiten (Schritt c) ist zu prüfen, ob es eine Anpassung des rechtlichen Rahmens braucht.
Zeithorizont	Schritte a) und b): kurzfristig umsetzbar
Links	Plattform Interprofessionalität in der primären Gesundheitsversorgung: www.interprofessionalitaet.ch

Tabelle 8: Massnahme A1.1

Massnahme A1.2:**Medizinische Grundversorgung in den Pflegeheimen sicherstellen**

Bewohnerinnen und Bewohner von Langzeitinstitutionen sind mit ihrer Hochaltrigkeit, Multimorbidität, häufig begleitet von kognitiven Störungen (Demenz/Delir) und ihrer Gebrechlichkeit eine besonders vulnerable Gruppe. Polymedikation ist häufig. Das Personal der Pflege und Betreuung sind die zentralen Bezugspersonen für Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen. Sie übernehmen die wichtigste Rolle im Alltag, da sie täglich vor Ort sind, individuelle Bedürfnisse erkennen und für eine kontinuierliche Betreuung und Lebensqualität sorgen.

Zusätzlich benötigen viele Pflegeheimbewohnende aber auch eine regelmässige, sorgfältige medizinische, pharmazeutische und gerontopsychiatrische Versorgung in enger Zusammenarbeit mit den betreuenden Pflegefachpersonen.³⁹ Dies gilt auch für andere Langzeitinstitutionen, in denen (überwiegend) Bewohnerinnen und Bewohner mit fragilem Gesundheitszustand leben, z.B. Institutionen für Menschen mit Beeinträchtigungen.

Die im KVG geregelte ärztliche Grundversorgung von Bewohnenden in Alters- und Pflegeheimen erfolgt heute entweder durch Heimärztinnen und Heimärzte oder durch Hausärztinnen und -ärzte im Rahmen von Heimbesuchen in Zusammenarbeit mit den Pflegefachpersonen der Institutionen. In städtischen Regionen übernehmen teilweise Geriaterinnen und Geriater heimärztliche Funktionen. Je nach Region tragen Apothekerinnen und Apotheker die Verantwortung für die Medikationssicherheit.

Aufgrund des Fachkräftemangels wird es für die Alters- und Pflegeheime zunehmend schwieriger, betreuende Hausärztinnen und -ärzte zu finden. Zudem ist bei grundversorgenden Ärztinnen und Ärzten eine abnehmende Bereitschaft zu Haus- und Heimbesuchen festzustellen. Deshalb sollen zukünftig auch Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten APN in Kooperation mit einer Arztperson gewisse ärztliche Aufgaben im Rahmen der medizinischen Grundversorgung übernehmen können. Die wenigen in Langzeitinstitutionen tätigen Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten APN können aktuell den Mangel an grundversorgenden Ärztinnen und Ärzten nicht ausgleichen.⁴⁰

Zielsetzung	Ziel dieser Massnahme ist es, die Rahmenbedingungen zu verbessern, um die ärztliche und pharmazeutische Grundversorgung in den Alters- und Pflegeheimen (APH) sicherzustellen. Dies umfasst eine Versorgung durch ärztliche, psychiatrische, pharmazeutische und therapeutische Fachpersonen, die über vertiefte Expertise in der Behandlung älterer Menschen mit entsprechendem Fachwissen und Erfahrung in Alterspsychiatrie, Infektionsprävention und -kontrolle, Pharmakologie, Palliative Care und in der Gesundheitlichen Vorausplanung (GVP) verfügen. Zudem sollten die ärztlichen Fachpersonen die von ihnen betreuten Bewohnenden in-nernt angemessener Frist vor Ort untersuchen können. Ebenso muss ein Notfalldienst im Sinne eines Hintergrunddienstes ausserhalb der Praxisöffnungszeiten etabliert sein. Dazu braucht es die entsprechenden Rahmenbedingungen.
Beschreibung der Massnahme und Zuständigkeit	a) Eine Arbeitsgruppe der Akteure (CURAVIVA/ARTISET, senesuisse, FMH und deren angeschlossene Ärzteorganisationen, mfe, medswissnet, SBK, Verbände der APN, pharmaSuisse, SVBG, GDK, Kantone und Gemeinden,

³⁹ Positionspapier des Netzwerks Long Term Care der schweizerischen Fachgesellschaft für Geriatrie. Verfügbar unter www.sfgg.ch

⁴⁰ Vgl. Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission (ZEK) der SAMW zur medizinischen Versorgung in Alters- und Pflegeheimen vom September 2024. Verfügbar unter: www.samw.ch > Ethik > Themen A–Z > Alters- und Pflegeheime

	<p>SAMW etc.), koordiniert durch das BAG, erarbeitet unter Berücksichtigung bestehender Grundlagen einheitliche nationale Minimalstandards für die medizinische, psychiatrische, pharmazeutische und therapeutische Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen. Diese sollen den relevanten Akteuren (z.B. Kantonen, Gemeinden als Aufsichtsbehörden, Bildungsanbieter, Branchenorganisationen etc.) als Grundlage für die Umsetzung dienen.</p> <p>b) Die Arbeitsgruppe ermittelt bestehende Umsetzungsbeispiele (z.B. bestehende Zusammenarbeitsverträge und Versorgungsmodelle aus einzelnen Kantonen).</p> <p>c) Leistungserbringer und Kantone prüfen, wie sie die Umsetzung von geriatrischen/gerontopsychiatrischen Konsiliardiensten und Notfalldiensten mit geriatrischer Expertise in Versorgungsregionen fördern können, um Alters- und Pflegeheime zu unterstützen, die keine geeignete Fachperson finden.</p>
Finanzierung	Wird im Rahmen der weiteren Arbeiten geprüft
Rechtlicher Rahmen	Wird im Rahmen der weiteren Arbeiten geprüft
Zeithorizont	Mittel- bis langfristig umsetzbar
Links	<p>Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission (ZEK) der SAMW (2024): Medizinische Grundversorgung in den Alters- und Pflegeheimen</p> <p>Netzwerk Longterm Care (2024): Positionspapier «Verbesserung der medizinischen Versorgung in Langzeitinstitutionen»</p> <p>SAMW: Gesundheitliche Vorausplanung in Alters- und Pflegeheimen</p>

Tabelle 9: Massnahme A1.2

Massnahme A1.3:

Tarifliche Rahmenbedingungen für die koordinierte interprofessionelle Zusammenarbeit verbessern

Für die Patientengruppe der Menschen mit (mehrfachen) chronischen und/oder psychischen Erkrankungen bzw. gebrechliche, pflegebedürftige Menschen sowie Kinder und Jugendliche haben die Koordination der Behandlung im Hinblick auf das gemeinsam definierte Therapieziel, das Management der Medikation und die Kommunikation zwischen den Ärztinnen, Ärzten und anderen Gesundheitsfachpersonen einen hohen Stellenwert.

Da die Koordinationsleistungen keine direkte Tätigkeit am Patienten oder an der Patientin sind, werden sie im KVG nicht ausdrücklich erwähnt. Als Koordinationsleistungen können alle Tätigkeiten angesehen werden, die von den Leistungserbringern erbracht werden, um den Behandlungsprozess eines Patienten oder einer Patientin gemeinsam festzulegen und zu koordinieren. Die Koordinationsleistungen sind Teil der Routinearbeit und werden bereits in den bestehenden Tarifen vergütet. Mit TARDOC profitieren die Haus- und Kinderärzte für hausärztliche Umfeldarbeit in Abwesenheit des Patienten von einer erhöhten Limitation. Im Pflegebereich ist die Koordination bei komplexen Fällen gemäss Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a der Krankenpflegeleistungsverordnung⁴¹ ausdrücklich als Leistung vorgesehen.⁴² In den Tarifverträgen der nicht-universitären Gesundheitsberufe (GesBG-Berufe), die Leistungserbringer gemäss KVG sind, sind die Abgeltung von Koordinationsleistungen sowie die Weg-Zeit-Entschädigung bislang nicht einheitlich geregelt.

⁴¹ SR 832.112.31

⁴² Vgl. [Bericht des Bundesamtes für Gesundheit vom 11. April 2023 zuhanden der SGK-N](#)

Zielsetzung	Mit dieser Massnahme soll die koordinierte interprofessionelle Zusammenarbeit gefördert werden. Dazu soll für alle nicht-ärztlichen Leistungserbringer nach KVG die Abrechnungsmöglichkeit für die Koordinationsleistungen in Abwesenheit der Patientin, des Patienten in den Tarifverträgen möglichst klar geregelt werden. Dies umfasst: <ul style="list-style-type: none"> • Die Frage der Abrechnung der Koordinationsleistung in Abwesenheit der Patientin, des Patienten unabhängig vom Behandlungstag; • Die Frage der Weg-Zeit-Entschädigung, falls ein interprofessioneller Austausch vor Ort stattfinden muss, z.B. für eine komplexe Fallbesprechung.
Beschreibung der Massnahme und Zuständigkeit	Verbände der nicht-ärztlichen Leistungserbringer nach KVG verhandeln gemeinsam mit den Krankenversicherern , wie der Koordinationsaufwand im jeweiligen Tarif sachgerecht abgegolten werden kann.
Finanzierung	Im Fokus steht die Vergütung von Leistungen über die OKP. Innerhalb der einzelnen Tarifsysteme darf keine Doppelvergütung erfolgen.
Rechtlicher Rahmen	Im Rahmen der bestehenden rechtlichen Grundlagen durch die jeweiligen Tarifpartner umsetzbar
Zeithorizont	Mittel- bis langfristig umsetzbar
Links	-

Tabelle 10: Massnahme A1.3

Massnahme A1.4:**Bedeutung der Sozialberatung in der Grundversorgung stärken**

Die gesundheitlichen Anliegen vieler Menschen in prekären Lebenslagen sind oft entweder die Folge oder die Auslöser von sozialen, finanziellen oder persönlichen Problemen und Krisen. Soziale Arbeit in der Grundversorgung wie z.B. in der Arztpraxis und/oder bei der Spitex unterstützt die Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegefachpersonen resp. die Patientinnen und Patienten mit einem systemischen Ansatz. Im Fokus stehen soziale Problemlagen wie soziale Isolation, überlastete Angehörige, prekäre Wohnsituationen, finanzielle Schwierigkeiten, Sprachbarrieren oder herausfordernden Sozialversicherungsfragen. Bei sozialen Problemlagen stösst die Grundversorgung heute immer häufiger an Grenzen, da zeitliche Ressourcen sowie Vergütungsfragen ungeklärt sind.⁴³ Für Menschen mit komplexen gesundheitlichen und sozialen Unterstützungsbedarfen sichern Fachpersonen der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit den Zugang zu regionalen Hilfsangeboten (behördliche Sozialberatung, Schuldenberatung, Familienberatung, Gesundheitsligen, Caritas, Pro Senectute, SRK, Gemeinwesenarbeit, Selbsthilfe, Peer- und Freiwilligenarbeit, Vereine etc.).

Die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit ist kein Gesundheitsberuf gemäss GesBG. Die Leistungen können nicht über die OKP abgerechnet werden, sondern müssen durch andere Finanzierungsträger bezahlt werden. Soziale Arbeit ist vielerorts Aufgabe der Gemeinde – allerdings fehlt hier meist der gesundheitliche Aspekt.

Zielsetzung	Mit dieser Massnahme soll die Bedeutung der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit in der Grundversorgung gestärkt und der Zugang verbessert werden, insbesondere für Personen/Familien in komplexen sozialen Problemlagen.
Beschreibung der Massnahme und Zuständigkeit	a) Das BAG erarbeitet unter Einbezug der Akteure (SAGES, fmc, Gesundheitsligen, SRK, GDK, Kantone, BSV, prio.swiss) eine Bestandesaufnahme: Welche Angebote der sozialen Arbeit im Gesundheitswesen gibt es schon (good practice), wie werden sie umgesetzt, was fehlt noch?

⁴³ Vgl. fmc und Careum (2025): Wege zur effektiveren Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Sozialwesen. Policy Brief, S. 3

	b) Es wird geprüft, ob die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit als Gesundheitsberuf ins Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe (GesBG) aufgenommen werden könnte.
Finanzierung	Wird im Rahmen der weiteren Arbeiten geprüft
Rechtlicher Rahmen	Wird im Rahmen der weiteren Arbeiten geprüft
Zeithorizont	Schritt a): kurzfristig umsetzbar
Links	GDK (2019): Leitfaden zur Integrierten Versorgung in den Kantonen Berner Fachhochschule (2022): Forschungsbericht Soziale Arbeit in der Arztpraxis fmc und Careum (2025): Wege zur effektiveren Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Sozialwesen. Policy Brief

Tabelle 11: Massnahme A1.4

Massnahme A1.5:**Einbezug der Patientinnen und Patienten sowie der Angehörigen verbessern**

Die Stärkung der Rolle der Patientinnen und Patienten ist unbestritten wichtig für eine nachhaltige medizinische Grundversorgung. Es braucht auf allen Ebenen mehr Partizipation von Patientinnen und Patienten sowie ihren Angehörigen: In der Prävention und Versorgung (Förderung von Selbstmanagement, Shared-Decision-Making, Einbezug von Peers und Patientenvertretungen etc.), auf institutioneller Ebene bei der konkreten Planung, Ausgestaltung und Weiterentwicklung von Versorgungsangeboten sowie beim systematischen Einbezug von Patientinnen und Patienten bzw. Patientenorganisationen in politische Entscheidungsprozesse auf kantonaler und nationaler Ebene. Eine wichtige Voraussetzung dafür sind starke, nationale Patientenorganisationen, die allerdings heute mangels nachhaltiger finanzieller Unterstützung durch die öffentliche Hand ihre Leistungen nicht professionell und wirtschaftlich anbieten können. Angesichts der bereits laufenden Massnahmen, insbesondere der Projekte der Eidgenössischen Qualitätskommission (EQK) (vgl. Kapitel 2.1.1) wird folgende neue Massnahme vorgeschlagen:

Zielsetzung	<p>Ziel dieser Massnahme ist es, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen systematisch partizipativ in die Behandlungsprozesse einbezogen werden (Selbstmanagement, eigene Ressourcen stärken, Shared-Decision-Making, Einbezug von Peers und Patientenvertretungen, Gesundheitliche Vorausplanung); • die Bedürfnisse und die Perspektive von Patientinnen und Patienten sowie ihren Angehörigen bei der Planung, Ausgestaltung und Weiterentwicklung von Angeboten der medizinischen Grundversorgung auf institutioneller, kantonaler und nationaler Ebene systematisch einbezogen werden. <p>Besonders zu berücksichtigen sind Personen mit geringer Gesundheitskompetenz sowie schwer erreichbare und vulnerable Gruppen.</p>
Beschreibung der Massnahme und Zuständigkeit	<p>a) Stärkung der Patientenorganisationen, um die Interessen von Patientinnen und Patienten auf verschiedenen Ebenen einzubringen. Dazu wird ein Bericht zuhanden des Bundesrats erarbeitet, der mögliche Varianten für die Finanzierung von nationalen Patientenorganisationen aufzeigt. Die Zuständigkeit dafür liegt beim BAG unter Einbezug der relevanten Akteure.</p> <p>b) Leistungserbringer, Institutionen und Fachgesellschaften erarbeiten – unter Einbezug der Betroffenen und unter Berücksichtigung der Arbeiten der EQK (vgl. Kapitel 2.1.1) – Konzepte für die Partizipation von Patientinnen und Patienten sowie ihren Angehörigen und setzen sie in der Praxis um.</p>
Finanzierung	Wird im Rahmen der weiteren Arbeiten geprüft (Massnahme A1.5a)
Rechtlicher Rahmen	Wird im Rahmen der weiteren Arbeiten geprüft (Massnahme A1.5a)
Zeithorizont	Mittel- bis langfristig umsetzbar
Links	Eidgenössische Qualitätskommission (EQK): Spectra Ausgabe 125 (2019): Betroffene einbeziehen

	Erklärung der Akteure der Plattform SELF (2025): «Für unsere Gesundheit – in Zukunft mit uns». Partizipation der Betroffenen in der Versorgung unimedsuisse (2025): Gemeinsame Vision der fünf Universitätsspitäler der Schweiz für den Einbezug von Patientinnen und Angehörigen
--	--

Tabelle 12: Massnahme A1.5

2.2.2 Themenbereich A2: Angemessene Beratung und Behandlung bei akuten Erkrankungen und Fragen zum Gesundheitszustand

Ziel der Massnahmen in diesem Themenbereich ist es, dass akut erkrankte Personen jeden Alters sowie Menschen mit Fragen oder Sorgen zu ihrem Gesundheitszustand rasch eine angemessene Beratung erhalten. In den Hausarztpraxen übernehmen oft die Medizinischen Praxisassistentinnen MPA und Praxiskoordinatorinnen MPK diese Aufgabe. Zusätzlich können z.B. Apothekerinnen und Apotheker, Pflegefachpersonen bzw. Pflegexpertinnen und -experten APN, Beratungspersonen bei Gesundheitsligen, Patientenorganisationen, Mütter- und Väterberatungen oder Hebammen eine Beratung bei akuten Erkrankungen und Fragen zum Gesundheitszustand sicherstellen und, sofern angezeigt und die entsprechenden Kompetenzen vorhanden sind, eine abschliessende Behandlung durchführen bzw. die betroffene Person an die angemessene Fachperson oder Ansprechstelle weiterleiten. Voraussetzung dafür ist, dass behandlungsrelevante Informationen in einem elektronischen Gesundheitsdossier festgehalten werden, so dass sie der behandelnden Hausärztin bzw. dem behandelnden Hausarzt bei Bedarf zur Verfügung stehen. Damit soll dazu beigetragen werden, dass Hausarztpraxen, Sanitätsnotrufzentralen, Rettungsdienste und Notfallstationen in den Spitälern entlastet werden, damit sie sich auf die Patientinnen und Patienten fokussieren können, die nur sie behandeln und begleiten können. Ausserdem soll die Bevölkerung befähigt werden, sich im Gesundheitssystem besser zu orientieren und die Zugänge und Angebote zu nutzen.

Massnahme A2.1:

Zugang zu angemessener Beratung bzw. Behandlung bei akuten Gesundheitsproblemen und bei Fragen zum Gesundheitszustand sicherstellen

Es gibt heute bereits verschiedene Versorgungsmodelle ausserhalb von Hausarztpraxen, die zum Ziel haben, die Bevölkerung bei einfachen medizinischen Fragen und Alltagsbeschwerden zu beraten und allenfalls zu behandeln. Beispiele sind aprioris⁴⁴ oder Points Santé⁴⁵ in Genf. Apotheken spielen bei der Grundversorgung von Menschen mit akuten Gesundheitsproblemen und Fragen oder Sorgen zu ihrem Gesundheitszustand ebenfalls eine wichtige Rolle. Zudem bieten die Krankenversicherer verschiedene alternative Versicherungsmodelle (AVM) an, die die Schwellen für den Zugang zum Gesundheitssystem über verschiedenen Leistungserbringer zu senken versuchen.

Zielsetzung	Personen jeden Alters erhalten bei einfachen medizinischen Beschwerden und Fragen oder Sorgen zu ihrem Gesundheitszustand – zusätzlich zu Hausarztpraxen – rasch eine angemessene Beratung (z.B. durch Apothekerinnen und Apotheker, Pflegefachpersonen bzw. Pflegexpertinnen und -experten APN, Chiropraktoren und Chiropraktoren, Beratungspersonen bei Gesundheitsligen, Patientenorganisationen, Mütter- und Väterberatungen oder Hebammen) und, sofern die entsprechenden
--------------------	--

⁴⁴ www.aprioris.ch

⁴⁵ echos.reseau-delta.ch > Delta Echoes #6 > Delta Echos > Points Santé : une réponse de proximité pour les petites urgences à Genève

	Kompetenzen vorhanden sind, eine abschliessende Behandlung bzw. eine Weiterleitung an eine kompetente Fachperson/Ansprechstelle. Die Situation der psychiatrischen Versorgung ist ebenfalls zu berücksichtigen. Ziel ist es, für alle Akteure eine bessere Orientierung im System zu schaffen.
Beschreibung der Massnahme und Zuständigkeit	<p>a) Erarbeitung einer Kompetenzmatrix: Welche Berufsgruppe kann (Kompetenzen) und darf (rechtliche Regelung) welche Leistung erbringen bzw. hat welche Rolle im Rahmen der angemessenen Beratung und abschliessenden Behandlung einfacher Beschwerden? Inkl. Prüfen, wie Leitlinien und Algorithmen zur Triage besser genutzt werden könnten und Aufzeigen von Potenzial und Grenzen. Das BAG koordiniert die Arbeiten unter Einbezug aller Akteure.</p> <p>b) Aufzeigen von möglichen Organisationsformen der Beratung und Behandlung bei akuten Gesundheitsproblemen als Orientierungsrahmen für Gemeinden und Kantone (Berücksichtigung von Qualitätskriterien und Qualitätssicherung).</p> <p>c) Identifizieren der rechtlichen und bürokratischen Hürden.</p>
Finanzierung	Wird im Rahmen der weiteren Arbeiten geprüft
Rechtlicher Rahmen	Wird im Rahmen der weiteren Arbeiten geprüft
Zeithorizont	Kurzfristig umsetzbar
Links	-

Tabelle 13: Massnahme A2.1

Massnahme A2.2:**Information der Bevölkerung verbessern**

Damit sich die Bevölkerung im Gesundheitssystem zurechtfindet und je nach gesundheitlichem Anliegen den adäquaten Zugang findet, braucht es zielgruppenspezifische Informationen und Orientierung. Es gibt heute bereits sehr viele Informationsangebote. Deshalb sollen keine neuen, zusätzlichen Kanäle geschaffen werden. Vielmehr geht es darum, Bestehendes weiterzuentwickeln und zu verbinden. Wichtig sind zudem zielgruppenspezifische Informationen, um alle Menschen zu erreichen – insbesondere auch Kinder und Jugendliche, Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz und sprachlichen Barrieren.

Zielsetzung	<p>Ziel dieser Massnahme ist es, dass die Bevölkerung in der Lage ist, sich im Gesundheitssystem zu orientieren und die angemessenen Zugänge und Angebote zu nutzen.</p> <p>Besonders zu berücksichtigen sind Personen mit geringer Gesundheitskompetenz, Menschen mit sprachlichen Barrieren sowie schwer erreichbare und vulnerable Gruppen. Zu berücksichtigen ist auch die Situation touristischer Regionen.</p>
Beschreibung der Massnahme und Zuständigkeit	<p>a) Alle Akteure (Bund, Kantone, Regionalverbände und Gemeinden, Tourismusorganisationen; Gesundheitsligen, Patientenorganisationen und weitere Verbände; Bildungsanbieter und Schulen sowie schulärztliche Dienste; Krankenversicherer; SRK und weitere Akteure aus dem Migrationsbereich etc.) sind aufgefordert, auf der Grundlage der Massnahme 2.1 eine koordinierte Weiterentwicklung ihrer Informationsangebote (Webseiten, Publikationen, Unterrichtsinhalte, Anwendungen der künstlichen Intelligenz etc.) zu überprüfen und ggf. umzusetzen (z.B. Weiterentwicklung Gesundheitswegweiser von SRK/migesplus).</p> <p>b) Stärkung der Patientenorganisationen in ihrer Rolle der Beratung und Befähigung von Patientinnen und Patienten sowie ihrer Angehörigen (vgl. Massnahme A1.5).</p>
Finanzierung	Kosten sind durch die einzelnen Akteure zu tragen
Rechtlicher Rahmen	Kein Anpassungsbedarf
Zeithorizont	Mittel- bis langfristig umsetzbar
Links	-

Tabelle 14: Massnahme A2.2

2.2.3 Themenbereich A3: Grundlagen zur Verbreitung von innovativen Versorgungsmodellen bereitstellen

Es gibt bereits viele gute Ansätze innovativer und zukunftsfähiger Versorgungsmodelle in den Kantonen, Regionen und Gemeinden. Diese sollen weiterentwickelt und verbreitet werden. Dazu braucht es eine strukturierte Übersicht und ein Austausch, was es schon gibt. Für Kantone und Gemeinden wäre eine Orientierung im Sinne einer Checkliste hilfreich, um die Verbreitung guter innovativer Modelle zu fördern, insbesondere in ländlichen und peripheren Gebieten, wo die Stärkung der Grundversorgung oft dringlicher ist als in städtischen Gebieten. Zudem braucht es Ressourcen, um den Aufbau, die Weiterentwicklung und die Verbreitung zukunftsfähiger Versorgungsmodelle sicherzustellen. Grundsätzlich können Kantone und Gemeinden eine wichtige Rolle übernehmen, die Entstehung entsprechender Modelle fördern und die engagierten Akteure bei der Umsetzung unterstützen.

Massnahme A3.1:

«Nationale Leitlinien» für zukunftsfähige Modelle der medizinischen Grundversorgung erarbeiten

Damit zukunftsfähige Modelle der medizinischen Grundversorgung verbreitet werden können, braucht es als Grundlage ein von allen Akteuren getragenes Verständnis solcher Versorgungsmodelle. Wichtige Vorarbeiten dafür sind die Plattform Interprofessionalität sowie der Aktionsplan für eine zukunftsfähige ambulante Grundversorgung, der 2024 von der Universität Luzern und Interface Politikstudien in einem ko-kreativen Prozess zusammen mit Stakeholdern aus dem Gesundheitswesen, Sozialbereich und der Zivilgesellschaft erarbeitet wurde (Health2040⁴⁶).

Zielsetzung	Ziel dieser Massnahme ist es, eine gemeinsame Grundlage zu erarbeiten, die als Orientierung dient und auf die sich alle Akteure bei der Umsetzung und Förderung von zukunftsfähigen Modellen der medizinischen Grundversorgung abstützen können.
Beschreibung der Massnahme und Zuständigkeit	a) Eine Arbeitsgruppe aller Akteure, koordiniert durch das BAG , erarbeitet «Nationale Leitlinien» mit Kriterien für zukunftsfähige Modelle der medizinischen Grundversorgung. b) Das BAG macht bestehende Modelle der medizinischen Grundversorgung, die diesen Kriterien entsprechen, auf www.bag-blueprint.ch sichtbar.
Finanzierung	Wird im Rahmen der weiteren Arbeiten geprüft
Rechtlicher Rahmen	Wird im Rahmen der weiteren Arbeiten geprüft
Zeithorizont	a) kurzfristig umsetzbar b) laufend
Links	<ul style="list-style-type: none"> • Aktionsplan Health2040 • OECD-Befragung: internationale Erkenntnisse zur Grundversorgung aus der Patientenperspektive

Tabelle 15: Massnahme A3.1

⁴⁶ www.unilu.ch > News > 15. November 2024

Massnahme A3.2:**Aufzeigen von Möglichkeiten und Rahmenbedingungen für die Umsetzung von zukunftsfähigen Modellen der medizinischen Grundversorgung**

Auch im ambulanten Bereich braucht es interprofessionelle Teams, um eine zukunftsfähige medizinische Grundversorgung sicherzustellen. Haus- und Kinderarztpraxen werden dadurch gestärkt und das ärztliche Personal entlastet. Bereits heute werden interprofessionelle Versorgungsmodelle umgesetzt, zum Beispiel:

- Hausarztpraxen mit interprofessionellen Teams, z.B. Groupe Médical d'Onex⁴⁷ oder Medizentrum Messen⁴⁸
- Angemessene Beratung und Anlaufstellen für kleinere Notfälle, vgl. Massnahme A2.1

Zielsetzung	Ziel dieser Massnahme ist es, aufzuzeigen, wie bestehende Ansätze interprofessioneller medizinischer Grundversorgung im Rahmen der geltenden rechtlichen Grundlagen funktionieren: Wie ist die Zulassung? Wer ist von wem angestellt? Wer erbringt welche Leistungen? Wie funktioniert die Abrechnung? Wie läuft der Austausch von Informationen/Daten? Die psychotherapeutische Versorgung und die Thematik «Home-Treatment» von spitalbedürftigen Personen ⁴⁹ sollen dabei mitberücksichtigt werden.
Beschreibung der Massnahme und Zuständigkeit	a) Das BAG erarbeitet unter Einbezug der Leistungserbringer und des Verbands der Krankenversicherer prio.swiss sowie der Kantone einen Bericht, in dem aufgezeigt wird, wie interprofessionellen Zusammenarbeitsformen in der ambulanten medizinischen Grundversorgung unter den geltenden gesetzlichen Rahmenbedingungen heute möglich sind; b) Allfälliges Weiterentwicklungspotenzial wird aufgezeigt und entsprechende Empfehlungen formuliert.
Finanzierung	Wird im Rahmen der weiteren Arbeiten geprüft
Rechtlicher Rahmen	Wird im Rahmen der weiteren Arbeiten geprüft
Zeithorizont	a) kurzfristig umsetzbar
Links	-

Tabelle 16: Massnahme A3.2

Massnahme A3.3:**Grundversorgung in ländlich-peripheren Gebieten und Strukturen für den interprofessionellen Austausch stärken**

Kantone und Gemeinden oder Versorgungsregionen können sich mit entsprechenden Massnahmen aktiv für den Aufbau von innovativen Versorgungsmodellen im ambulanten Bereich einsetzen. Im Fokus steht insbesondere die Deckung von Versorgungslücken in ländlich-peripheren Gebieten sowie im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin und Kinder- und Jugendpsychiatrie – die Zusammenarbeit in Versorgungsregionen bietet sich hier besonders an. Auch Gesundheitseinrichtungen oder Ärztenetze können Strukturen zum interprofessionellen Austausch in Regionen schaffen.

Zielsetzung	Ziel dieser Massnahme ist es, die Rolle bzw. Verantwortung der Kantone und der Gemeinden bei der Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung / Grundversorgung in ländlich-peripheren Gebieten unter Berücksichtigung der jeweiligen Gegebenheiten zu stärken. Gesundheitsinstitutionen sind aufgefordert, Netzwerke zu
--------------------	--

⁴⁷ www.gmo.ch/medecins-et-praticiens

⁴⁸ www.medizentrum-messen.ch/team-messen

⁴⁹ Vgl. auch [Postulat «Homemonitoring und Hospital at Home \(24.4339\)»](#)

	bilden, um die interprofessionelle Zusammenarbeit regional und über Institutionen hinweg zu verbessern. Besonders zu berücksichtigen sind die Kinder- und Jugendmedizin sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie die Rolle der Spitäler als Ressource zur Sicherstellung der ambulanten Grundversorgung.
Beschreibung der Massnahme und Zuständigkeit	<p>a) Die GDK/Gemeindeverband/Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete SAB erarbeiten – ausgehend vom Leitfaden zur integrierten Versorgung der GDK und dem Leitfaden Erfolgsfaktoren für den Aufbau integrierter Versorgungsmodelle des Gemeindeverbands (vgl. Links unten) – einen Leitfaden mit Empfehlungen und konkreten Beispielen, mit welchen Massnahmen (z.B. Anreizen) Gemeinden, Kantone und Regionen die medizinische Grundversorgung bzw. die Bildung von Gesundheitsregionen und -netzwerken in ihrem Gebiet stärken können.</p> <p>b) Das BAG dokumentiert die bestehenden Modelle der Kantone, Gemeinden und Regionen auf www.bag-blueprint.ch</p> <p>c) Die GDK/die SAB/fmc organisieren Austauschgefässe für Kantone, Gemeinden und Leistungserbringer, um Good Practice zu zeigen und auszutauschen.</p> <p>d) Die Gesundheitseinrichtungen schaffen Strukturen zum interprofessionellen Austausch der Gesundheitsfachpersonen, z.B. analog dem Berner Modell Interprofessionelles Expert:innen Forum Psychische Gesundheit Jugend</p>
Finanzierung	Wird im Rahmen der weiteren Arbeiten geprüft
Rechtlicher Rahmen	Wird im Rahmen der weiteren Arbeiten geprüft
Zeithorizont	Mittel- bis langfristig umsetzbar
Links	<ul style="list-style-type: none"> • GDK (2019): Impulse für die Integrierte Versorgung in den Kantonen: ein Leitfaden. Abrufbar unter: www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/integrierte-versorgung > Dokumente • Schweizerischer Gemeindeverband: Leitfaden «Erfolgsfaktoren für den Aufbau integrierter Versorgungsmodelle». Abrufbar unter: www.chgemeinden.ch/de/politik/gesundheit • Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete (2025): Positionspapier «Die medizinische Grundversorgung in den Berggebieten und ländlichen Räumen». Abrufbar unter: www.sab.ch/dokumente/positionspapiere • Förderung von innovativen Versorgungsmodellen, um die Kinderärztinnen und Kinderärzte zu entlasten, bzw. die Versorgung gewährleisten in unterversorgten Gebieten. (Modell Kanton SG).

Tabelle 17: Massnahme A3.3

3 Handlungsfeld B: Nachwuchsförderung, Arbeitsbedingungen und Berufsverweildauer

3.1 Kurzbeschreibung Handlungsfeld B

Eine qualitativ hochstehende Grundversorgung benötigt genügend und gut qualifizierte Fachpersonen. Dies scheint in der Schweiz auf den ersten Blick gewährleistet. Die Schweiz verfügt über 4,5 Ärztinnen und Ärzte pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohnern, was über dem OECD-Durchschnitt von 3,9 liegt.⁵⁰ Sie hat auch einen überdurchschnittlich hohen Anteil an Grundversorgenden, mit 25% gegenüber dem OECD-Durchschnitt von 21%. 2021 waren landesweit rund 0,8 ambulante Grundversorgende pro 1000 Personen tätig (vgl. Kapitel 1.1).⁵¹ Es sind jedoch Massnahmen nötig, um die aktuelle Versorgungssituation aufrechtzuerhalten.

Erstens sollte die Schweiz ihren überdurchschnittlich hohen Anteil an im Ausland aus- und/oder weitergebildeten Ärztinnen und Ärzten reduzieren. Dieser beläuft sich insgesamt auf knapp 40%, in der Psychiatrie und Psychotherapie gar auf 60%. Der OECD-Durchschnitt liegt bei 19%.⁵² Personen aus EU/EFTA-Ländern können auf Basis der Freizügigkeitsabkommen ihr Diplom in der Schweiz anerkennen lassen und als Ärztin oder Arzt arbeiten. Einerseits ist der hohe Anteil an im Ausland aus- und/oder weitergebildeten Ärztinnen und Ärzten jedoch ein gesundheitspolitisches Risiko. Prognosen des Obsan deuten darauf hin, dass ohne Ärztinnen und Ärzte mit ausländischen Diplomen insbesondere in der Hausarztmedizin, der Pädiatrie und der Psychiatrie und Psychotherapie bis 2030 eine Unterversorgung von bis zu 53% entstehen könnte.^{53,54} Erste ähnliche Tendenzen zeigen sich teilweise auch in spezialisierten Fachgebieten.

Andererseits entspricht der hohe Anteil an Fachpersonen mit ausländischem Abschluss nicht dem Verhaltenskodex der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für die grenzüberschreitende Anwerbung von Gesundheitsfachkräften.⁵⁵ Die Schweiz ist gefordert, deutlich mehr Gesundheitsfachkräfte im Inland auszubilden.

Zweitens gibt es eine Diskrepanz zwischen der Anzahl Ärztinnen und Ärzte, die neu ins Berufsleben eintreten («Zugänge») und denjenigen, die aus dem Beruf ausscheiden («Abgänge»). Die Anzahl der jährlichen Abschlüsse in Humanmedizin konnte im Rahmen des Sonderprogramms Humanmedizin zwar von 859 im Jahr 2015 auf 1381 im Jahr 2024 erhöht werden.⁵⁶ Dies vermag die Abgänge jedoch nicht zu kompensieren, gerade im Hinblick darauf, dass in den kommenden Jahren durch Pensionierungen vermehrt mit Austritten gerechnet werden muss. Bereits 2018 war ein Grossteil der Ärztinnen und Ärzte über 55 Jahre alt – die meisten dürften inzwischen nah am Pensionsalter sein oder dieses bereits erreicht haben. In

⁵⁰ OECD (2025). [Health at a Glance 2025](https://www.oecd.org/Health-at-a-Glance-2025/). Abrufbar unter: [www.oecd.org](https://www.oecd.org/Health-at-a-Glance-2025/) > Publications > Health at a Glance 2025

⁵¹ BFS (2023). Arztpraxen und medizinische Grundversorgung in der Schweiz, 2018-2021 - Erhebung Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (Erhebung MAS). Abrufbar unter: [www.bfs.admin.ch](https://www.bfs.admin.ch/Statistik/Gesundheit/Gesundheitswesen/Arztpraxen) > Statistiken > Gesundheit > Gesundheitswesen > Arztpraxen

⁵² Der Einfachheit halber wird darauf verzichtet, der Anteil für alle Fachgebiete der Grundversorgung aufzuführen. Die Zahlen finden sich auf der Website des BAG unter www.bag.admin.ch/de/statistiken-aerztinnen-aerzte.

⁵³ Obsan (2022): [Zukünftiger Bestand und Bedarf an Fachärztinnen und -ärzten in der Schweiz](https://www.obsan.admin.ch/de/zukunftiger-bestand-und-bedarf-an-fachaerztinnen-und-aerzten-in-der-schweiz). Abrufbar unter: www.obsan.admin.ch > Publikationen.

⁵⁴ Obsan (2023): [Zukünftiger Bestand und Bedarf an Fachärztinnen und Fachärzten in der Schweiz](https://www.obsan.admin.ch/de/zukunftiger-bestand-und-bedarf-an-fachaerztinnen-und-fachaerzten-in-der-schweiz). Abrufbar unter: www.obsan.admin.ch > Publikationen.

⁵⁵ www.bag.admin.ch/de/nachhaltige-und-qualitativ-hochstehende-gesundheitsversorgung

⁵⁶ STAT-TAB - interaktive Tabellen (BFS): [Datenbank der Studierenden und Abschlüsse des Schweizerischen Hochschulinformationssystems](https://www.stat.tugraz.at/STAT-TAB/). Das Sonderprogramm wird seine Wirkung noch bis 2025 entfalten. Die Abschlusszahlen 2025 liegen im Frühjahr 2026 vor.

der Hausarztmedizin waren es damals 49%, in der Pädiatrie 35%, in der Psychiatrie und Psychotherapie sowie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie jeweils 57%.⁵⁷ Zusätzliche Abgänge ergeben sich durch frühzeitige Berufsaustritte. Gemäss Obsan steigen rund 31% der Ärztinnen und Ärzte frühzeitig aus dem Beruf aus. Die 35-Jährigen tun dies mit 35,5% gegenüber 27,5 bis 31,6% bei älteren Personen besonders oft.⁵⁸

Auch der steigende Trend zur Teilzeitarbeit, der in der Ärzteschaft analog zu anderen Branchen beobachtet wird, verschärft die Situation (vgl. Abbildung 2).⁵⁹ Durch die Reduktion der durchschnittlichen Arbeitszeit pro Ärztin bzw. Arzt braucht es eine grössere Anzahl Personen, um das bisherige Leistungsvolumen aufrecht zu erhalten.

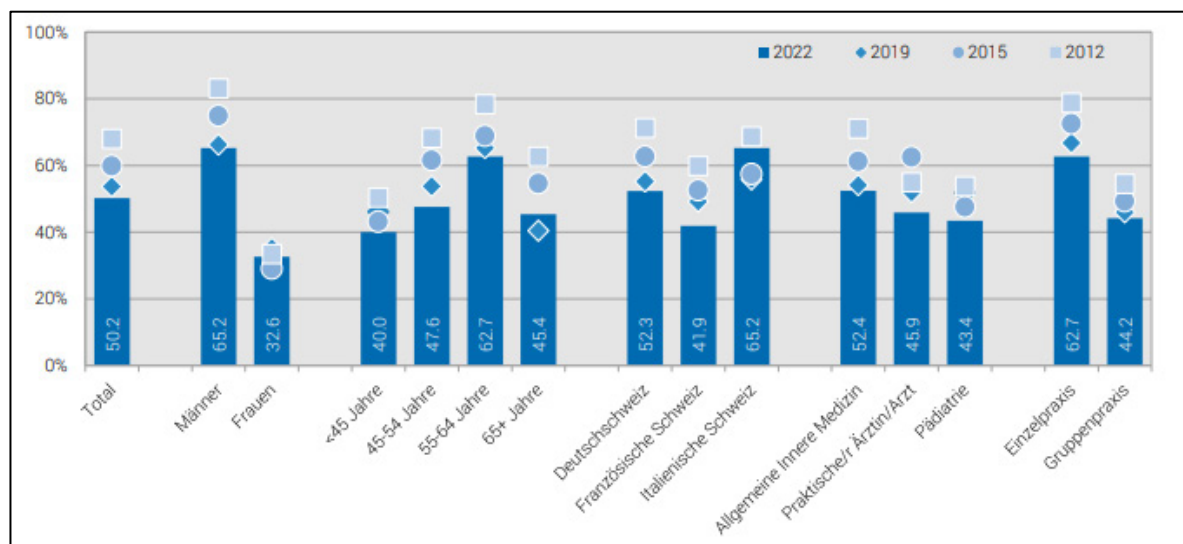


Abbildung 2: Profil der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz mit einem wöchentlichen Arbeitspensum von mehr als 45 Stunden in den Jahren 2012, 2015, 2019 und 2022. Aus: «Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich», Obsan 2023, Datenquelle: Commonwealth Fund, International Health Policy Survey.

Drittens braucht es insbesondere mehr in den Fachrichtungen der Grundversorgung weitergebildete Ärztinnen und Ärzte. Dies insbesondere auch, um der in der gesundheitspolitischen Strategie des Bundesrates Gesundheit 2030 geforderten verstärkten Ausrichtung auf ambulante Versorgungsstrukturen zu entsprechen.⁶⁰ Die Weiterbildungstitel in Allgemeiner Innerer Medizin (AIM), Praktischer Arzt, Kinder- und Jugendmedizin sowie Psychiatrie und Psychotherapie gehören aktuell zu den Top 5 der in der Schweiz verliehenen Weiterbildungstitel. Von 2020 bis 2024 nahm die Anzahl Titel in den Bereichen AIM sowie Praktischer Arzt sogar leicht zu (vgl. Abbildung 3).⁶¹ Der Erwerb der genannten Weiterbildungstitel stellt allerdings nicht sicher, dass die Fachärztinnen und -ärzte sich für eine Tätigkeit in der Grundversorgung entscheiden. Zudem ist der Bedarf an Personen in diesen Bereichen so gross, dass selbst diese relative Popularität nicht ausreicht, um ihn künftig zu decken.

⁵⁷ Obsan (2022): [Zukünftiger Bestand und Bedarf an Fachärztinnen und -ärzten in der Schweiz](https://www.obsan.admin.ch/de/ge-sundheitspolitische-strategie-des-bundesrats-20202030). Abrufbar unter: www.obsan.admin.ch > Publikationen.

⁵⁸ Obsan 01/2021: [Berufsaustritte und Bestand von Gesundheitspersonal in der Schweiz](https://www.obsan.admin.ch/de/ge-sundheitspolitische-strategie-des-bundesrats-20202030). Abrufbar unter: www.obsan.admin.ch > Publikationen.

⁵⁹ Das durchschnittliche Arbeitspensum von Ärztinnen und Ärzten im Teilzeiterwerb ist gegenüber anderen Branchen aber weiterhin hoch. Arbeitszeiten werden in der Regel in Halbtagen à 4-6 Stunden gemessen (vgl. [Obsan \(2022\): Zukünftiger Bestand und Bedarf an Fachärztinnen und -ärzten in der Schweiz](https://www.obsan.admin.ch/de/ge-sundheitspolitische-strategie-des-bundesrats-20202030). Abrufbar unter: www.obsan.admin.ch > Publikationen) sodass ein Teilzeitpensum von vier Tagen pro Woche in einer Wochenarbeitszeit von bis zu 48 Stunden resultieren kann.

⁶⁰ BAG (2019): [Die gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates 2020–2030](https://www.bag.admin.ch/de/ge-sundheitspolitische-strategie-des-bundesrats-20202030). Abrufbar unter: www.bag.admin.ch/de/ge-sundheitspolitische-strategie-des-bundesrats-20202030

⁶¹ www.bag.admin.ch/de/statistiken-aerztinnen-aerzte

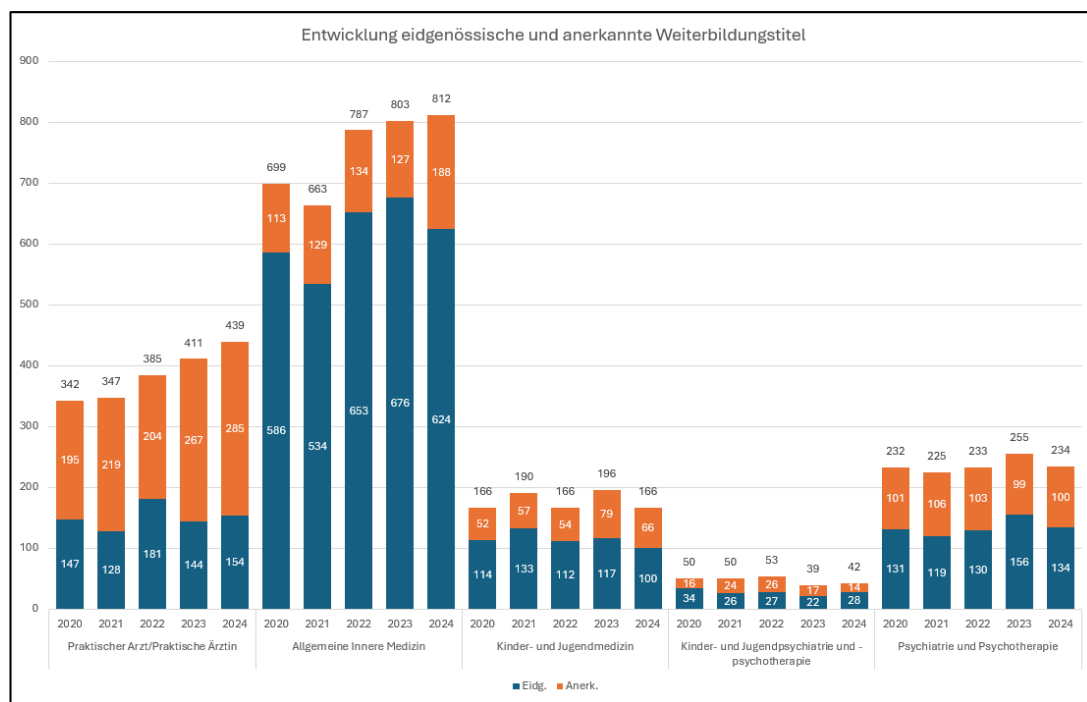


Abbildung 3: Entwicklung der eidgenössischen und anerkannten Weiterbildungstitel in den Fachgebieten der Grundversorgung. Aus: Medizinalberuferegister BAG

Basierend auf diesen Überlegungen beschreibt das Handlungsfeld B Massnahmen in zwei Themenbereichen. Der Themenbereich 1 fokussiert auf die Anzahl und Attraktivität der Aus- und Weiterbildungsplätze und damit die Erhöhung der Anzahl Ärztinnen und Ärzten, die zukünftig insbesondere in die Grundversorgung tätig sein werden. Der Themenbereich 2 konzentriert sich auf die Verbesserung der Arbeitsbedingungen bzw. die Reduktion der frühzeitigen Berufsaustritte und damit auf die Senkung der frühzeitigen Abgänge.

Sämtliche Massnahmen des Handlungsfelds B fokussieren auf ärztliche Fachrichtungen der medizinischen Grundversorgung, d.h. Hausarztmedizin,⁶² Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie, sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Zusätzlich beziehen sie sich (wo sinnvoll) auch auf die psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten für Erwachsene, Kinder und Jugendliche. Die Fachrichtungen bzw. Berufe werden aus Gründen der Leserlichkeit in den einzelnen Massnahmen nicht immer abschliessend aufgezählt.

Der Fokus von Handlungsfeld B auf die genannten Fachrichtungen und Berufe basiert u.a. darauf, dass zahlreiche politische Vorstösse vor allem in diesen Bereichen Massnahmen verlangen (vgl. Kapitel 1.2). Zudem wurden für Pflegefachpersonen mit der Umsetzung der Pflegeinitiative bereits umfassende Massnahmen umgesetzt. Nicht zuletzt kann der konkrete Bedarf an weiteren Gesundheitsfachpersonen aktuell nicht verlässlich eruiert werden, da dieser von der Weiterentwicklung der Berufsprofile und der künftigen Aufgabenteilung abhängt.

⁶² Die Praktischen Ärzte und Ärztinnen werden zur Hausarztmedizin dazugerechnet, obwohl der Weiterbildungstitel «Praktischer Arzt und Ärztin» kein Facharzttitel ist.

3.1.1 Bereits laufende Massnahmen

Der Bund setzt bereits diverse Massnahmen um, die mit der Zielsetzung des Handlungsfelds B einhergehen (vgl. Tabelle 18). Diese werden im Rahmen der Agenda Grundversorgung nicht erneut behandelt.

B1 Bildung: Anzahl Fachpersonen in der Aus-, Weiter- und Fortbildung erhöhen (Nachwuchsförderung)
Bundesgesetz über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege im Rahmen der 1. Etappe der Umsetzung der Pflegeinitiative (BAG): Ausbildungsinitiative ⁶³
Schaffung von mehr Studienplätzen Humanmedizin an der Universität Zürich: <ul style="list-style-type: none"> • Projekt «Med500+» Kanton Zürich⁶⁴, • Dringliches Postulat Widler 332/2024⁶⁵ und • Motion KR-Nr. 125/2021 für mehr Studienplätze in Humanmedizin in Zürich⁶⁶.
Schaffung von Studienplätzen in Humanmedizin und Stärkung der Grundversorgung an der Universität Bern: Motion Nr. 107-2025 ⁶⁷
Berner Modell für die kantonale Abgeltung ärztlichen und pharmazeutischen Weiterbildung ⁶⁸ : Verpflichtung der Leistungserbringer der Spitalversorgung zur ärztlichen Weiterbildung.
B2 Berufsverweildauer erhöhen: Attraktive Arbeitsbedingungen und Abgeltung sicherstellen
Entwurf Bundesgesetz über die Arbeitsbedingungen in der Pflege im Rahmen der 2. Etappe der Umsetzung der Pflegeinitiative (BAG) ⁶⁹
Gesamt-Tarifsystem bestehend aus TARDOC und ambulanten Pauschalen ab Januar 2026: Abgeltung ambulanter ärztlicher Leistungen ⁷⁰
Umsetzung der entsprechenden Empfehlungen der Themengruppe: Arztberuf der Zukunft ⁷¹ der Plattform «Zukunft ärztliche Bildung» ⁷²

Tabelle 18: Bereits laufende Massnahmen im Kontext des Handlungsfelds B (nicht abschliessend)

Bundesgesetz über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege (1. Etappe Pflegeinitiative, Ausbildungsinitiative)⁷³

Das Ausbildungsfördergesetz Pflege⁷⁴ verpflichtet seit 1. Juli 2024 die Kantone zur Förderung der praktischen Ausbildung im Bereich Pflege, zu Ausbildungsbeiträgen an Studierende zur Sicherung ihres Lebensunterhalts und zur Unterstützung von Massnahmen zur Erhöhung der Abschlüsse an den höheren Fachschulen. Der Bund beteiligt sich mit bis zu 50% an den kantonalen Aufwendungen. Insgesamt soll die Ausbildung im Bereich der Pflege durch Bund und Kantone während acht Jahren mit knapp einer Milliarde Franken gefördert werden.⁷⁵

Schaffung von mehr Studienplätzen Humanmedizin an der Universität Zürich

Das Projekt «Med500+ – Erhöhung der Studienplätze an der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich»⁷⁶ bezweckt die Erhöhung der Anzahl Studienplätze in Humanmedizin an der Universität Zürich um 270 auf total 700 Plätze auf Bachelorstufe und um rund 230 Plätze im

⁶³ www.bag.admin.ch/de/pflege-auf-der-tertiaerstupe-ausbildungsoffensive

⁶⁴ Medienmitteilung des Kantons Zürich vom 23. September 2025: Kanton Zürich will Studienplätze für Medizin ausbauen. Ab-rufbar unter: www.zh.ch > News

⁶⁵ www.kantonsrat.zh.ch > Geschäfte > 332/2024

⁶⁶ www.zh.ch > Politik & Staat > Gesetze & Beschlüsse > Beschlüsse des Regierungsrates

⁶⁷ Grosser Rat des Kantons Bern: Erhöhung der Studienplätze im Medizinstudium: Massnahmen zur Stärkung der Fachrichtun-gen mit nachgewiesenem Fachkräftemangel. Verfügbar unter: www.gr.be.ch > Geschäfte > Geschäftesuche > 2025.GRPARL.299

⁶⁸ www.gsi.be.ch > E-Services & Dienstleistungen > Berufe > Aus- und Weiterbildung > Übersicht

⁶⁹ www.bag.admin.ch/de/neues-bundesgesetz-ueber-die-arbeitsbedingungen-in-der-pflege

⁷⁰ www.bag.admin.ch/de/ambulanter-arzttarif

⁷¹ www.bag.admin.ch/de/plattform-zaeb-themengruppe-arztberuf-der-zukunft

⁷² www.bag.admin.ch/de/plattform-zukunft-aerztliche-bildung

⁷³ www.bag.admin.ch/de/umsetzung-pflegeinitiative-artikel-117b-bv > Umsetzung 1. Etappe

⁷⁴ SR 811.22

⁷⁵ www.bag.admin.ch/de/pflege-auf-der-tertiaerstupe-ausbildungsoffensive

⁷⁶ Medienmitteilung des Kantons Zürich vom 23. September 2025: Kanton Zürich will Studienplätze für Medizin ausbauen. Ab-rufbar unter: www.zh.ch > News

Masterstudium. Um Qualität und Attraktivität des Studiengangs zu erhalten, werden strukturellen Rahmenbedingungen überarbeitet.⁷⁷ Die erste Kohorte mit 270 zusätzlichen Studienplätzen könnte im Jahr 2030 starten. Die Umsetzung des Projekts bedingt von 2025 bis 2036 eine zusätzliche Finanzierung durch den Kanton Zürich von bis zu 498,5 Millionen Franken. Ab 2037 ist mit jährlichen Kosten von 78,8 Millionen Franken zu rechnen.

Schaffung von Studienplätzen in Humanmedizin und Stärkung der Grundversorgung an der Universität Bern

Die vom Grossrat des Kantons Bern am 10. September 2025 überwiesene Motion «Erhöhung der Studienplätze im Medizinstudium: Massnahmen zur Stärkung der Fachrichtungen mit nachgewiesenem Fachkräftemangel» beauftragt den Regierungsrat, die Anzahl Studienplätze in Humanmedizin an der Universität Bern zu erhöhen und praxisnahe Ausbildungsformate in der Grundversorgung sicherzustellen.⁷⁸

Entwurf Bundesgesetz über die Arbeitsbedingungen in der Pflege (2. Etappe Pflegeinitiative, Neues Bundesgesetz über die Arbeitsbedingungen in der Pflege)

Der Bundesrat will die Arbeitsbedingungen in der Pflege verbessern und damit die Pflege als wichtigen Pfeiler der Gesundheitsversorgung stärken. Ein neues Bundesgesetz soll in zehn Bereichen die Arbeitsbedingungen in der Pflege verbessern und die Zahl der frühzeitigen Berufsaustritte reduzieren. Der Bundesrat hat die Gesetzesvorlage am 21. Mai 2025 zuhanden des Parlaments verabschiedet.⁷⁹

Abgeltung ambulanter ärztlicher Leistungen (Gesamt-Tarifsystem bestehend aus TARDOC und ambulanten Pauschalen ab Januar 2026)

Die neue Tarifstruktur TARDOC⁸⁰ ist relevant für die Massnahme «Abgeltung für Fachrichtungen der Grundversorgung attraktiv gestalten». Sie ist im Handlungsfeld A bereits beschrieben (vgl. Massnahme A1.3).

Umsetzung der Empfehlungen der Plattform «Zukunft ärztliche Bildung» zum Arztberuf der Zukunft (Die Plattform ZäB⁸¹ überprüft den Stand der Umsetzung jährlich)

Basierend auf dem Bericht der Themengruppe «Arztberuf der Zukunft»⁸² empfahl die Plattform «Zukunft ärztliche Bildung» (ZäB) im März 2024 vier Massnahmen zur Abstimmung der ärztlichen Bildung auf die künftigen Berufsrollen:

- Die kompetenzbasierte Bildung und die CanMEDS-Rollen sollen für die gesamte ärztliche Bildung und Tätigkeit gelten. Die Überarbeitung der Auswahlkriterien bei der Zulassung zum Medizinstudium, die Anpassung der Anforderungen für Führungskräfte und die notwendigen Kompetenzen im Bereich der digitalen Transformation sollen geprüft werden;
- Bildungsinhalte, die für die ambulante Versorgung wichtig sind, sollen auf allen Stufen der medizinischen Bildung integriert werden. Der administrative Aufwand soll so verringert werden, dass ärztliche Fachpersonen mehr direkten Kontakt mit Patientinnen und Patienten haben und ihre Kompetenzen zielgerichtet einsetzen können;
- Mit der Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit und der Beforschung der Er-

⁷⁷ Universität Zürich: «Die UZH übernimmt schweizweit eine Vorreiterrolle», Artikel vom 23. September 2025. Abrufbar unter: www.news.uzh.ch > Alle Artikel

⁷⁸ Grosser Rat des Kantons Bern: Erhöhung der Studienplätze im Medizinstudium: Massnahmen zur Stärkung der Fachrichtungen mit nachgewiesenem Fachkräftemangel. Verfügbar unter: www.gr.be.ch > Geschäfte > Geschäftesuche > 2025.GRPARL.299

⁷⁹ www.bag.admin.ch/de/neues-bundesgesetz-ueber-die-arbeitsbedingungen-in-der-pflege

⁸⁰ www.bag.admin.ch/de/ambulanter-arzttarif

⁸¹ www.bag.admin.ch/de/plattform-zukunft-aerztliche-bildung

⁸² www.bag.admin.ch/de/plattform-zaeb-themengruppe-arztberuf-der-zukunft

- folgsfaktoren von Task Shifting und des Task Sharing soll die Bereitschaft für neue Zusammenarbeitsformen und Aufgabenteilung gestärkt werden;
- Ärztliche Fachpersonen sollen befähigt werden, die Gesundheitskompetenz und die verschiedenen kulturellen, sozialen Hintergründe der Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen einzubeziehen und so ein echtes Shared-Decision-Making zu betreiben.

3.2 Themenbereiche und Handlungsbedarf

In Ergänzung der bereits laufenden Massnahmen sollen folgende zusätzlichen Massnahmen umgesetzt werden:

B1 Bildung: Anzahl Fachpersonen in der Aus-, Weiter- und Fortbildung erhöhen (Nachwuchsförderung)	
B1.1	Anzahl Studienplätze erhöhen und Numerus Clausus (NC) in der Humanmedizin überprüfen (laufend, Federführung: SBFI)
B1.2	Anzahl Weiterbildungsplätze und Praxisassistentenstellen erhöhen sowie die Finanzierung sicherstellen
B1.3	Attraktivität der Weiterbildungsgänge für Studierende, Quer- und Wiedereinsteigende steigern
B1.4	Interprofessionelle Aus-, Weiter- und Fortbildungsangebote fördern bzw. verbreiten
B2 Berufsverweildauer erhöhen: Attraktive Arbeitsbedingungen und Abgeltung sicherstellen	
B2.1	Arbeitsbedingungen für die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung sowie Fachärztinnen und Fachärzte verbessern
B2.2	Rolle der Medizinischen Praxisassistentinnen und -assistenten stärken
B2.3	Monitoring der Auswirkungen von «TARDOC und ambulante Pauschalen» auf die Grundversorgung (laufend, Federführung: BAG und Tarifpartner)
B2.4	Administrativer Aufwand im Gesundheitswesen (laufend, Federführung: BAG)
Die kursiv gesetzten Massnahmen werden ausserhalb der Agenda Grundversorgung umgesetzt.	

Tabelle 19: Themenbereiche und Massnahmen Handlungsfeld B

3.2.1 Themenbereich B1: Bildung: Anzahl Fachpersonen in der Aus-, Weiter- und Fortbildung erhöhen (Nachwuchsförderung)

Mit den Massnahmen im Themenbereich 1 soll die Anzahl in der Schweiz aus- und weitergebildeten Ärztinnen und Ärzte, die zukünftig in der medizinischen Grundversorgung tätig sind, erhöht werden. Dieser wird insbesondere durch die Anzahl der Aus- und Weiterbildungsplätze sowie deren Attraktivität beeinflusst.

Im Bereich der Ausbildung wird die Zahl der in der Schweiz ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte vor allem durch die Anzahl Studienplätze limitiert. Jährlich müssen zahlreiche Personen aufgrund Kapazitätsgrenzen der Universitäten vom Studium der Humanmedizin abgewiesen werden. Entsprechend sieht Massnahme B1.1 die Erhöhung der Anzahl Studienplätze und die Überprüfung der Zulassungsbestimmungen vor.

Die Erhöhung der inländischen Abschlusszahlen in Humanmedizin erfordert eine entsprechende Kapazitätssteigerung in der Weiterbildung. Massnahme B1.2 hat deshalb die Erhöhung der Anzahl Weiterbildungsplätze zum Ziel, insbesondere in den Fachrichtungen Hausarztmedizin, Pädiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

Im Bereich der Weiterbildung ist nebst der reinen Anzahl Weiterbildungsplätze auch deren Attraktivität ausschlaggebend, denn angehende Ärztinnen und Ärzte können ihre Fachrichtung frei wählen. Massnahmen B1.3 beinhaltet Vorschläge, wie insbesondere die Fachrichtungen und Weiterbildungsgänge der Grundversorgung attraktiver werden könnten. Die Förderung von interprofessionellen Aus-, Weiter- und Fortbildungsangeboten als weiteres Mittel zur Steigerung der Attraktivität von Bildungsangeboten ist als Massnahme B1.4 festgehalten.

Massnahme B1.1:**Anzahl Studienplätze erhöhen und Numerus Clausus (NC) in der Humanmedizin überprüfen**

Die Motion Roduit 23.3293 «Numerus clausus. Schluss mit dem Ausschluss von Medizinstudierenden aufgrund anderer Kriterien als Kompetenzen und Qualität» fordert die Erhöhung der Studienplätze und klinischen Praktika sowie die Überprüfung des Numerus Clausus basierend auf Qualitätskriterien statt Kapazitätsengpässen. Die Motion Hurni 23.3854 «Mangel an Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz. Vorbeugen ist besser als Heilen!» verlangt vom Bundesrat einen Entwurf zu Gesetzesbestimmungen zur Sicherstellung der Ausbildung von genügend Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz.

Die Umsetzung der Motionen erfolgt in Co-Leitung durch das SBFJ und das BAG. Die verschiedenen kantonalen Vorhaben zur Erhöhung der Anzahl Studienplätze in Humanmedizin werden darin einbezogen (vgl. Kapitel 3.1.1). Die in die Umsetzung der Agenda Grundversorgung involvierten Akteure werden vom BAG regelmässig über den Stand der Arbeiten informiert.

Massnahme B1.2:**Anzahl Weiterbildungsplätze und Praxisassistentenstellen erhöhen sowie die Finanzierung sicherstellen**

Für die Hausarztmedizin (Allgemeine Innere Medizin) sowie die Pädiatrie gibt es kantonal geförderte, koordinierte Weiterbildungsprogramme.⁸³ Gemäss Swiss Academy of Family Medicine (SAFMED)⁸⁴ gab es per Ende 2021 in allen Kantonen zudem Praxisassistentenprogramme für Hausarztmedizin, teilweise auch für Kinder- und Jugendmedizin.

Die Anzahl der angebotenen Praxisassistentenstellen sowie deren Finanzierung variiert von Kanton zu Kanton. Schweizweit werden jährlich 285 Praxisassistentenstellen angeboten (Stand 2021, dies sind 9% mehr als noch 2019).⁸⁵ Für die Psychiatrie und Psychotherapie sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie fehlen bisher spezifische Praxisassistentenprogramme.

Zielsetzung	<ul style="list-style-type: none"> • Bis 2028 wird ein Standard zur Gestaltung von Praxisassistentenprogrammen erarbeitet. Er enthält Empfehlungen zur Qualität, Quantität und Finanzierung; • Die Anzahl Weiterbildungsplätze in den Fachrichtungen der Grundversorgung wird bis 2035 so erhöht, dass der Anteil an im Ausland weitergebildeten Ärztinnen und Ärzten reduziert werden kann; • Die Anzahl Praxisassistentenstellen in Hausarzt- sowie Kinder- und Jugendmedizin wird deutlich erhöht; • Für die Psychiatrie und Psychotherapie sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie werden ebenfalls Praxisassistentenprogramme aufgebaut und implementiert.
Beschreibung der Massnahme und Zuständigkeit	a) Die Universitäten , die Institute für Hausarztmedizin , die Stiftung zur Förderung der Weiterbildung in Hausarztmedizin (WHM) , die Spitäler sowie die Be-

⁸³ Vgl. z.B. [Berner Curriculum AIM](#), [Cursus Romand de Médecine de famille](#), [Curriculum Hausarztmedizin Zürich](#) oder auch [AIM Curriculum Ostschweiz](#)

⁸⁴ Die Swiss Academy of Family Medicine (SAFMED) ist die Dachorganisation der Schweizerischen Institute für Hausarztmedizin. www.safmed.ch.

⁸⁵ Gerber, T. et al. (2022). Assistanat au cabinet médical en Suisse: aperçu dans les cantons. Primary and Hospital Care 22(11), 331-334. Abrufbar unter: iris.unil.ch > Publications

	<p>rufsverbände erstellen unter Einbezug der GDK einen Standard zur Bereitstellung von Praxisassistentenprogrammen. Der Standard enthält Empfehlungen zur Anzahl und inhaltlichen Gestaltung von Praxisassistentenprogrammen sowie zur Sicherstellung deren Finanzierung. Bei der Erarbeitung werden die noch zu definierenden Zielwerte für die Versorgungsdichte in der Grundversorgung berücksichtigt und die Machbarkeit einer Harmonisierung zwischen den Kantonen geprüft. Der Standard wird der GDK vorgelegt. Sie prüft die Erarbeitung einer Empfehlung zuhanden der Kantone.</p> <p>b) Die Kantone und Leistungserbringer stellen für alle Bereiche der ärztlichen Grundversorgung ein dem Standard entsprechendes Angebot an Weiterbildungsplätzen (inkl. Praxisassistentenstellen) bereit.</p> <p>c) Das SIWF berechnet mit den Fachgesellschaften und unter Einbezug von FMH und mfe die notwendige Anzahl Praxisassistentenstellen für die Fachrichtungen Pädiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.</p> <p>d) Die Kantone und die verantwortlichen Leistungserbringer prüfen, wie Synergien zwischen Polikliniken / Ambulatorien und Praxen gefördert werden können, um dem Standard entsprechende Weiterbildungsstellen zu schaffen.</p> <p>e) Kantone und/oder Versorgungsregionen sowie Fachgesellschaften prüfen, wie praktische Weiterbildungstätigkeit (inkl. Tätigkeiten von Lehrärztinnen und Lehrärzten) in der ambulanten Grundversorgung finanziert und gefördert werden kann.</p> <p>f) Das BAG schafft in Rücksprache mit der FMH, mfe, dem SIWF und den Fachgesellschaften belastbare Datengrundlagen zur Beschreibung des aktuellen Bestands und der Arbeitssituation von Ärztinnen und Ärzten. Es wird vorgängig geprüft, welche Daten aktuell fehlen und welche verbessert werden müssten.</p> <p>g) Die Fachgesellschaften konzipieren Massnahmen inkl. Finanzierungsmodell zum Aufbau von Praxisassistentenprogrammen in der Psychiatrie und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Sie bauen dabei auf bestehenden Programmen auf und nutzen Erfahrungen aus anderen Bereichen wie z.B. aus der Hausarztmedizin</p>
Finanzierung	Wird im Rahmen der weiteren Arbeiten geprüft.
Rechtlicher Rahmen	Im bestehenden rechtlichen Rahmen möglich.
Zeithorizont	Massnahmen a-g: mittel- bis langfristig umsetzbar.
Links	<ul style="list-style-type: none"> • Kantonale Praxisassistenten – Stiftung WHM; • Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM): Weiterbildung: Kantonale Praxisassistenten; • Berner Modell für die ärztliche Weiterbildung: Aus- und Weiterbildung; • Interkantonale Vereinbarung zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung (WFV) • Freiburg will prekären Hausarztmangel stoppen; • Weiterbildungsnetz für zukünftige Hausärzt/-innen als innovatives Modell: Praktakademie; • mediX academy • mfe-aargau, Haus- und KinderärztInnen Aargau: Pilotprojekt Praxisassistenten.

Tabelle 20: Massnahme B1.2

Massnahme B1.3:**Attraktivität der Weiterbildungsgänge
für Studierende, Quer- und Wiedereinsteigende steigern**

Die Attraktivität von unterdotierten Fachrichtungen kann bereits in der Ausbildung gesteigert werden. Studierende müssen die Vorzüge dieser Fachrichtungen im Studium kennenlernen, um sie in ihrer späteren Laufbahnplanung zu berücksichtigen.

In der Weiterbildung müssen diese Vorzüge anschliessend gelebt werden. Dies bedingt die Bereitstellung von zeitgemässen Arbeits- und Lernbedingungen sowie die Begleitung durch gut qualifizierte Weiterbildende. Zur Steigerung der Attraktivität von Fachrichtungen gehört auch die Reduktion von negativen Aspekten wie z.B. die Kosten im Bereich der psychotherapeutischen Weiterbildung. Gemäss Berufsverbänden und Fachgesellschaften entstehen für psychiatrische und psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten je nach Kanton und Weiterbildungsinstitut Kosten von rund 60 000 Franken.

Unterdotierte Fachrichtungen müssen auch für Personen attraktiver werden, die den Wiedereinstieg in die ärztliche Tätigkeit oder den Quereinstieg aus einer anderen ärztlichen Fachrichtung in die Grundversorgung in Betracht ziehen.

Zielsetzung	<ul style="list-style-type: none"> • Bis 2035 erwerben gegenüber dem Referenzjahr 2025 mehr Personen einen Facharzttitel der Grundversorgung. • Bis 2028 werden Massnahmen entworfen, um die Fachrichtungen Psychiatrie und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie analog zur Hausarztmedizin in den universitären Curricula stärker zu verankern.
Beschreibung der Massnahme und Zuständigkeit	<p>Attraktivität der Weiterbildungsgänge im Studium aufzeigen:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Die medizinischen Fakultäten implementieren Schwerpunkte der Kinder- und Jugendmedizin sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie im Studium (inkl. Prüfungsrelevanz). b) Die medizinischen Fakultäten verankern die Grundversorgung verbindlich in den Curricula (inkl. Prüfungsrelevanz). Sie stellen die Verlinkung mit der Praxis sicher, z.B. durch persönliches Mentoring. c) Die Kantone unterstützen im Rahmen ihrer Möglichkeiten die Universitäten und Hausarztinstitute dabei, Netzwerke der interprofessionellen Grundversorgung zu stärken oder aufzubauen. d) Der Bund prüft unter Einbezug der Universitäten und Institute für Hausarztmedizin, der Fachgesellschaften und Berufsverbände sowie der (Universitäts-)Spitäler, welche zusätzlichen Rahmenbedingungen geschaffen werden müssten, um Studierende für eine spätere Tätigkeit als Grundversorgende zu motivieren. <p>Attraktivität der Weiterbildungsgänge in der Weiterbildung steigern:</p> <ol style="list-style-type: none"> e) Die Kantone prüfen eine gezielte finanzielle Entlastung für Weiterzubildende in Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychologinnen und Psychologen in Weiterbildung in Psychotherapie (vgl. Berner Modell, Vorhaben im Kanton Basel-Stadt⁸⁶ sowie Links in Massnahme B1.1). f) Das Schweizerische Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) stellt – gemeinsam mit den Fachgesellschaften – sicher, dass weiterbildende Lehrärztinnen und -ärzte das für ihre Lehrtätigkeit notwendige didaktische Wissen erwerben, z.B. durch den Besuch von Teach-the-Teacher-Kursen. g) Das SIWF entwickelt in Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften und den

⁸⁶ Beschluss Grosser Rat Kanton Basel-Stadt: [24.5395 Motion Amina Trevisan und Konsorten betreffend Förderung von Psychotherapieplätzen durch die Subventionierung der Weiterbildung von psychologischen und ärztlichen Psychotherapeut:innen](#).

	<p>Instituten für Hausarztmedizin spezifische Weiterbildungsangebote für angehende Fachärztinnen und -ärzte der Grundversorgung, welche insbesondere praxisorientierte Kompetenzen vermittelt (z.B. Begleitung von chronisch Kranken oder Kinderpsychiatrie und -psychotherapie über längere Zeiträume).</p> <p>Attraktivität der Weiterbildungsgänge für Quer- und Wiedereinsteigende⁸⁷ steigern:</p> <p>h) Das SIWF prüft in Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften, inwiefern die Weiterbildungsprogramme für Quer- und Wiedereinsteigende optimiert werden können, z.B. durch Modularisierung im Kontext der kompetenzorientierten Weiterbildung oder durch spezifische Coachingprogramme.</p>
Finanzierung	Wird im Rahmen der weiteren Arbeiten geprüft
Rechtlicher Rahmen	Im bestehenden rechtlichen Rahmen möglich
Zeithorizont	Massnahmen c-e, h: kurzfristig umsetzbar Massnahmen a, b, f, g: mittel- bis langfristig umsetzbar
Links	<ul style="list-style-type: none"> • SNF-Projekt «The Future of Swiss Physician Workforce Planning: Do Personal and Contextual Factors Predict Medical Student and Resident Career Choice?» • Kanton Basel-Stadt: 24.5395 Motion zur Förderung von Psychotherapieplätzen durch die Subventionierung der Weiterbildung von psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten

Tabelle 21: Massnahme B1.3

Massnahme B1.4:**Interprofessionelle Aus-, Weiter- und Fortbildungsangebote fördern bzw. verbreiten**

Im Hinblick auf den bedarfsgerechten Zugang zur Gesundheitsversorgung und die Betreuung von chronisch kranken Menschen aller Altersgruppen gewinnt die interprofessionelle Zusammenarbeit sowie die Zusammenarbeit mit der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit an Bedeutung. Deshalb sollen Kompetenzen zur interprofessionellen Zusammenarbeit und zum Task Shifting und Task Sharing bereits in der Aus- und Weiterbildung erworben werden.

Wichtig ist hierbei, dass sich interprofessionelle Angebote oder Bildungsmodule auf wissenschaftlich fundierte Modelle abstützen und den Studierenden Kompetenzen zu einer koordinierten Versorgung, insbesondere von chronisch kranken Menschen, vermitteln. Die Entwicklung von Kompetenzen orientiert sich an den im Handlungsfeld A erarbeiteten Ergebnissen zu den zukunftsfähigen Modellen guter Praxis und den Rollenprofilen der Gesundheitsfachpersonen in Pflegeheimen, Spitex und des ambulanten Bereichs (vgl. Massnahme A1.1).

⁸⁷ Mit Quereinsteigenden sind hier Personen mit anderen Facharzttiteln gemeint.

Zielsetzung	Interprofessionelle Aus-, Weiter- und Fortbildungsangebote fördern bzw. verbreiten.
Beschreibung der Massnahme und Zuständigkeit	<p>a) Die Bildungsinstitutionen prüfen und validieren in Zusammenarbeit mit der Plattform Interprofessionalität⁸⁸ bestehende Modelle zu Interprofessioneller Bildung und Zusammenarbeit und entwickeln diese ggf. weiter. Die in der Praxis verankerten Chronic Care Modelle wie beispielsweise das Chronic Care Modell nach Wagner⁸⁹ werden berücksichtigt.</p> <p>b) Das BAG fördert die Verbreitung von Modellen guter Praxis über die Webseite www.bag-blueprint.ch.</p> <p>c) Die Bildungsinstitutionen entwickeln mit den Fachgesellschaften und Berufsverbänden sowie den Hochschulen interprofessionelle Module für ärztliche Grundversorgende, Apothekerinnen und Apotheker, Pflege/Spitex, APN, MPA/MPK, Sozialarbeitende, sowie psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Die Module berücksichtigen das Task Shifting und Sharing und bauen auf bestehenden Modulen⁹⁰ auf.</p>
Finanzierung	Ist im Rahmen der Umsetzung zu klären
Rechtlicher Rahmen	Im bestehenden rechtlichen Rahmen möglich
Zeithorizont	mittel- bis langfristig umsetzbar
Links	<ul style="list-style-type: none"> • Éducation interprofessionnelle et pratique collaborative – Le modèle de Lausanne: GEPI - Institut et Haute Ecole de la Santé La Source; • Berner Fachhochschule: Institut für kollaborative Gesundheitsversorgung und Leadership: In der Lehre; • Zürcher interprofessionelle klinische Ausbildungsstation: Was ist ZIPAS? - ZIPAS; • Berner Modell zur interprofessionellen Vernetzung von Fachpersonen: Interprofessionelles Expert:innen Forum Psychische Gesundheit Jugend.

Tabelle 22: Massnahme B1.4

3.2.2 Themenbereich B2: Berufsverweildauer erhöhen: Attraktive Arbeitsbedingungen und Abgeltung sicherstellen

Der Themenbereich 2 konzentriert sich auf die Verbesserung der Arbeitsbedingungen und die Erhöhung der Berufsverweildauer zur Senkung der frühzeitigen Berufsaustritte. Massnahme B2.1 fokussiert auf Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten, die unter das Arbeitsgesetz (ArG)⁹¹ fallen, sowie auf erfahrene Fachärztinnen und Fachärzte, die möglichst lange im Beruf gehalten werden sollen. Sie strebt die Einhaltung der wöchentlichen Höchst- und Normalarbeitszeit, die Sicherstellung der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben sowie die Gewährung von Zeit für die strukturierte Weiterbildung an.

Die Massnahme B2.2 fokussiert auf die Weiterentwicklung der Kompetenzen von medizinischen Praxisassistentinnen und -assistenten sowie medizinischen Praxiskoordinatorinnen

⁸⁸ Die [Plattform Interprofessionalität](#) vereint Berufs- und Fachorganisationen sowie Branchenverbände aus der ambulanten Grundversorgung und ist seit 2018 als Verein organisiert. Zu den dreizehn ordentlichen Mitgliedern gehören unter anderem Spitex Schweiz, mfe, pharmaSuisse und der SBK. Weitere Informationen abrufbar unter: www.interprofessionalitaet.ch. Die breite Zusammensetzung der Plattform entspricht der Definition der Grundversorgung, wonach diese von verschiedenen Fachpersonen und Institutionen erbracht wird (vgl. Kapitel 1.3).

⁸⁹ Obsan Dossier 45 [«Neue Versorgungsmodelle für chronisch Kranke»](#), S. 33f.

⁹⁰ BAG (2016). [Bericht der Themengruppe Interprofessionalität der Plattform «Zukunft ärztliche Bildung»](#). Abrufbar unter: www.bag.admin.ch > Forschung > Forschung im BAG > Forschungsberichte > Interprofessionalität im Gesundheitswesen > Interprofessionalität im Rahmen der Plattform «Zukunft ärztliche Bildung»

⁹¹ SR 822.11. Gemäss Einbettungen des vsao untersteht auch die Mehrheit der angestellten Oberärztinnen und Oberärzte dem ArG. Arbeitnehmende mit höheren leitenden Tätigkeiten (i.d.R. Chefärztinnen und Chefärzte) unterstehen dem ArG hingegen nicht. Abrufbar unter: www.vsao.ch > Themen > Arbeitsbedingungen > Arbeitsrecht

und -koordinatoren (MPA/MPK). Das Berufsbild der MPA/MPK soll attraktiver werden, sodass die Fachpersonen das interprofessionelle Praxisteam verstärken und länger im Beruf verweilen.

Auch das ab 1. Januar 2026 gültige Gesamt-Tarifsystem bestehend aus TARDOC und ambulanten Pauschalen (Massnahme B2.3) sowie die bereits laufende Aktivität zum administrativen Aufwand im Gesundheitswesen (Massnahme B2.4) leisten einen wichtigen Beitrag zur Erhöhung der Attraktivität der Arbeitsbedingungen.

Massnahme B2.1:

Arbeitsbedingungen für die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung sowie für Fachärztinnen und Fachärzte verbessern

Ein Grossteil der Fachärztinnen und Fachärzte sowie alle Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung unterstehen dem ArG. Die wöchentliche Höchstarbeitszeit beträgt in der Gesundheitsbranche gemäss ArG 50 Stunden. Dies gilt auch für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung. Gemäss Weiterbildungsordnung des SIWF müssen darin vier Stunden strukturierte Weiterbildung enthalten sein.⁹² In der Realität arbeiten Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung im Schnitt 53,3 Stunden pro Woche, und nur 21% können die vier Stunden strukturierte Weiterbildung in Anspruch nehmen.⁹³

Dem zunehmenden Wunsch vieler Ärztinnen und Ärzte nach Teilzeitarbeit (vgl. Kapitel 3.1) wird auch kaum Rechnung getragen. Zudem ist nicht überall sichergestellt, dass die weiterbildenden Ärztinnen und Ärzte genügend Zeit für ihre klinische Lehrtätigkeit haben.

Zielsetzung	<ul style="list-style-type: none"> Die Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung sowie Fachärztinnen und Fachärzten sind konform zum ArG und fördern die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben. Die Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung ermöglichen die Einhaltung der Vorgaben des SIWF für die strukturierte Weiterbildung.
Beschreibung der Massnahme und Zuständigkeit	<p>Konsequente Umsetzung des ArG:</p> <ol style="list-style-type: none"> Die kantonalen Arbeitsinspektorate stellen mit systematischen (Stichproben-) Kontrollen die Einhaltung des ArG inkl. Wahrnehmung der Fürsorgepflicht gegenüber den Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung sowie Fachärztinnen und Fachärzten sicher. Das Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO) stellt die Aufsicht über die kantonalen Arbeitsinspektorate sicher. Das SECO lanciert nach Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Arbeitsbedingungen in der Pflege ein Schwerpunktprogramm zum Vollzug des ArG in den Gesundheitseinrichtungen. <p>Konsequente Umsetzung von 42+4 in allen Fachrichtungen</p> <ol style="list-style-type: none"> Die Arbeitgeber (z.B. Spitäler) streben die konsequente und flächendeckende Umsetzung des Modells «42+4-Stunden-Woche» des Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (vsao) in <i>allen</i> Fachrichtungen der Medizin an (vgl. Informationen des vsao zu 42+4). Die Spitäler stellen sicher, dass die Weiterbildungszeit als Arbeitszeit gilt und

⁹²Weiterbildungsordnung abrufbar unter: www.siwf.ch/files/pdf7/wbo_d.pdf.

Gemäss Art. 41 der Weiterbildungsordnung haben alle Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung Anspruch auf 4 Stunden pro Woche strukturierte Weiterbildung. Diese sollte sich möglichst vom «learning by doing» abgrenzen und in organisierten Kursen und Lernprogrammen stattfinden.

⁹³ DemoSCOPE (2023). Arbeitssituation der Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte. Abrufbar unter: www.vsao.ch > Medien und Publikationen > Studien und Umfragen

	<p>die Weiterbildung im Rahmen der Höchstarbeitszeit erfolgen kann.</p> <p>Vereinbarung von Beruf und Freizeit</p> <p>f) Spitäler ermöglichen konsequent die Tätigkeit in Teilzeitarbeit und fördern Tagesstrukturen für die Kinderbetreuung.</p> <p>g) Die Spitäler schaffen Rahmenbedingungen, damit ältere Fachärztinnen und Fachärzte im Beruf gehalten werden können, bspw. durch Einsatz in der klinischen Lehrtätigkeit und reduzierten Pensen.</p> <p>h) Die Spitäler schaffen in Koordination mit den Kantonen Rahmenbedingungen, damit qualitativ gute Weiterbildung auch in Teilzeittätigkeit erfolgen kann, z.B. durch Anpassung an Arbeitsabläufen.</p> <p>i) Das BAG fördert die Verbreitung von bestehenden good practice-Modellen im Rahmen der Webseite www.bag-blueprint.ch.</p>
Finanzierung	Wird im Rahmen der weiteren Arbeiten geprüft
Rechtlicher Rahmen	Im bestehenden rechtlichen Rahmen möglich
Zeithorizont	Massnahmen a, b, d, e: kurzfristig umsetzbar Massnahmen c, f-h: mittel- bis langfristig umsetzbar
Links	<ul style="list-style-type: none"> • vsao: Die 42+4-Stunden Woche • SIWF-Vorgaben zur klinischen Ausbildung • AerzteGesellschaft des Kantons Zürich AGZ: Projekt zur Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben

Tabelle 23: Massnahme B2.1

Massnahme B2.2:

Rolle der Medizinischen Praxisassistentinnen und -assistenten stärken

Medizinische Praxisassistentinnen und -assistenten (MPA) bzw. medizinische Praxiskoordinatorinnen und -koordinatoren (MPK) sind ein zentraler Pfeiler einer hochstehenden ambulanten Grundversorgung. Die Ausbildung zur MPA ist eine berufliche Grundbildung, die mit einem eidg. Fähigkeitszeugnis (EFZ) abschliesst. Darauf aufbauend können MPA auf Tertiärstufe den eidg. Fachausweis als MPK mit praxisleitender oder klinischer Richtung erwerben.

Die Nachfrage nach Lehrstellen für MPA ist gross, sodass die Ausbildungsplätze in der Regel besetzt werden können. Viele MPA steigen aber nach wenigen Jahren aus dem Beruf aus oder verlassen die ambulanten Praxen zugunsten der Spitäler. Gründe sind nebst herausfordernden Arbeitsbedingungen auch die unzureichende Wertschätzung, die Entlöhnung und die begrenzten Karrieremöglichkeiten. Es fehlt zudem an Lernorten, in denen die ganze Breite der Kompetenzen wie z.B. Labor und Röntgen erworben werden kann.

Sowohl die Bildungsverordnung MPA mit eidg. Fähigkeitszeugnis (EFZ), als auch die Prüfungsordnung für die Berufsprüfung MPK werden aktuell revidiert.⁹⁴ Zudem entwickeln die FMH und die schweizerische Kommission für Berufsentwicklung und Qualität für MPA (SKBQ) standardisierte Brückenangebote für Quereinsteigende. Diese laufenden Arbeiten bilden die Grundlage für die nachfolgende Massnahme.

Zielsetzung	<ul style="list-style-type: none"> • Sicherstellen, dass genügend MPA und MPK zur Verfügung stehen und ihre Kompetenzen durch das Praxisteam anerkannt werden. • Attraktive Weiterentwicklungsmöglichkeiten und Arbeitsbedingungen schaffen, um die Berufsverweildauer zu erhöhen.
Beschreibung der Massnahme und Zuständigkeit	<p>a) Die FMH bzw. das MPA-Kompetenzzentrum MPA@FMH⁹⁵ und die Verbände der MPA⁹⁶ unterstützen die Spitäler bei der Schaffung von zusätzlichen Ausbildungsplätzen für MPAs und der Gewährleistung der Ausbildungsqualität. Sie fördern hierfür Synergien bzw. Netzwerke zwischen ambulanten Praxen und Spitälern.</p> <p>b) Die Arbeitgeber und die Berufsfachschulen ermöglichen Lernenden während der beruflichen Grundbildung den Erwerb der Berufsmaturität.</p> <p>c) Die ärztlichen Fachgesellschaften lassen MPA und MPK zu zertifizierten ärztlichen Fortbildungen zu und unterstützen die kompetenzbasierte Weiterentwicklung der Profile im interprofessionellen Praxisteam.</p> <p>d) Die Kantone prüfen das Verfahren zum Erwerb des Berufsabschlusses MPA EFZ für Erwachsene gemäss Art. 32 der Bildungsverordnung, BBV⁹⁷ (vgl. OdA Gesundheit: Berufsabschluss für Erwachsene).</p> <p>e) Die Verbände der MPA entwickeln ein schweizweites Indikatorenset zur Erfassung von Berufsverweildauer, Fluktuation, Weiterbildungsquoten etc. Sie wenden dieses an, werten es periodisch aus und veröffentlichen die Ergebnisse.</p>
Finanzierung	Wird im Rahmen der weiteren Arbeiten geprüft.
Rechtlicher Rahmen	Massnahmen b, c: Im bestehenden rechtlichen Rahmen umsetzbar Massnahmen a, d, e: Ggf. Revision Bildungsverordnung MPA bzw. der Abschlusskompetenzen für MPK
Zeithorizont	Massnahmen b, c: kurzfristig umsetzbar Massnahmen a, d, e: mittel- bis langfristig
Links	Lanciert durch die Firma Fluentis: ⁹⁸ MPAK-Barometer zu Berufszufriedenheit, Perspektiven und Entwicklungen in der ambulanten medizinischen Leistungserbringung bei den MPA und MPK. Erstdurchführung im 2. Semester 2025.

Tabelle 24: Massnahme B2.2

⁹⁴ Für die Revision der Bildungsverordnung der MPA sind die FMH und die Schweizerische Kommission für Berufsentwicklung und Qualität für MPA (SKBQ) zuständig. Diese setzt sich zusammen aus Vertretungen der Ärzteschaft (FMH), des Schweizerischen Verbands Medizinischer Praxis-Fachpersonen (SVA), der «Association romande des assistants médicaux» (ARAM), Vertretungen der Fachlehrerschaft, des Bundes (namentlich BAG, Abteilung Strahlenschutz) und der Kantone (vgl. auch Informationen zum [MPA-Kompetenzzentrum \(MPA@FMH\)](#)). Für die Revision der Prüfungsordnung MPK ist die OdA Berufsbildung medizinische Praxisassistentin (odamed) zuständig (Informationen zur Odamed abrufbar unter: www.odamed.ch > Über uns).

⁹⁵ Das MPA-Kompetenzzentrum ist auch die Geschäftsstelle der Schweizerischen Kommission für Berufsentwicklung und Qualität für MPA (vgl. auch oben). Weitere Informationen zum [MPA-Kompetenzzentrum \(MPA@FMH\)](#): Abrufbar unter mpa-schweiz.fmh.ch >Über uns

⁹⁶ Schweizerischer Verband Medizinischer Praxis-Fachpersonen (SVA), OdA Berufsbildung medizinische Praxisassistentin (odamed); Association Romande des Assistants médicaux (ARAM), Associazione Ticinese Assistenti di Studio Medico (ATAM) Association Genevoise des Assistants et Assistants Médicaux (AGAM), Association des Coordinatrices/teurs en Médecine Ambulatoire avec brevet fédéral (ACMA), Associazione Coordinatrici/Coordinatori in medicina ambulatoriale della Svizzera italiana (ACMA)

⁹⁷ SR 412.101

⁹⁸ www.fluentis.ch in Rücksprache mit SVA

Massnahme B2.3:

Monitoring der Auswirkungen von «TARDOC und ambulante Pauschalen» auf die Grundversorgung

Per 1. Januar 2026 ersetzt das Gesamt-Tarifsystem, bestehend aus TARDOC und ambulanten Pauschalen, die bisherige Tarifstruktur TARMED im Bereich der Abgeltung von ambulanten ärztlichen Leistungen nach KVG.⁹⁹ Ärztliche Leistungen in der ambulanten Grundversorgung werden grundsätzlich im TARDOC abgebildet. In der neuen Tarifstruktur sind neben den Taxpunkten für ärztliche Leistungen (AL-Taxpunkte) auch Taxpunkte für Infrastruktur und/oder Personalleistung (IPL-Taxpunkte) ausgewiesen. Letztere decken namentlich Personalkosten für das nichtärztliche Personal. TARDOC soll den Besonderheiten und Bedürfnissen der Grundversorgung besser Rechnung tragen, insbesondere in der haus- und kinderärztlichen Versorgung. Die Organisation ambulante Arzttarife (OAAT AG) ist für die Ausarbeitung, Entwicklung, Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen für ambulante ärztliche Behandlungen zuständig.¹⁰⁰ Das neue Gesamt-Tarifsystem wird mittels Antragsverfahren zur Tarifentwicklung jährlich revidiert und aktualisiert. Die Leistungserbringer und Kostenträger können Anträge zur Änderung der Tarifstrukturen der OAAT AG einreichen.

Die Auswirkungen dieses neuen Gesamt-Tarifsystems werden im Rahmen eines Monitorings jährlich durch die Tarifpartner verfolgt. Die ersten zuverlässigen Daten und Ergebnisse für das Jahr 2026 im Rahmen dieses Monitorings werden erst ab Mitte des zweiten Halbjahres 2027 verfügbar sein. Im Rahmen der Agenda Grundversorgung werden die Auswirkungen der Umsetzung sowie die Weiterentwicklung von TARDOC mitverfolgt, insbesondere im Hinblick darauf, in welchem Umfang der neue Tarif der ärztlichen Grundversorgung und insbesondere auch der Psychiatrie sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie besser Rechnung trägt.

Massnahme B2.4:

Administrativer Aufwand im Gesundheitswesen

Die Reduktion des administrativen Aufwands ist ein zentrales Element für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Im Auftrag des EDI beschäftigt sich eine vom BAG koordinierte Arbeitsgruppe seit Ende März 2025 mit dem genauen Ausmass sowie den Ursachen des administrativen Aufwands bei Hausärztinnen und Hausärzten.¹⁰¹ Vertretungen von FMH, mfe, GDK, prio.swiss, SPO sowie zwei Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Forschung nehmen darin teil.

Die Erhebung wurde in Zusammenarbeit mit dem Institut für Hausarztmedizin der Universität Zürich (IHAMZ) und unter Einbezug der Arbeitsgruppe erarbeitet. Diese hätte im Herbst 2025 starten sollen. Aufgrund der vielen Rückmeldungen der Akteure zum Erhebungsplan und der TARDOC-Einführung ab 2026 kommt es allerdings zu Verzögerungen. Die Erhebung wird voraussichtlich ab Mai 2026 durchgeführt. Im Rahmen einer zweiten Phase sollen, basierend auf den Ergebnissen, gezielte Massnahmen zur Senkung der administrativen Belastung entwickelt und umgesetzt werden.

⁹⁹ www.bag.admin.ch/de/ambulanter-arzttarif

¹⁰⁰ Medienmitteilung des BAG vom 30. April 2025: TARDOC und ambulante Pauschalen: Der Bundesrat genehmigt das neue Gesamt-Tarifsystem. Abrufbar unter: www.bag.admin.ch/de/medienmitteilungen

¹⁰¹ www.bag.admin.ch/de/administrativer-aufwand-im-gesundheitswesen

4 Ausblick

Ab Anfang 2026 wird das BAG zusammen mit den involvierten Akteuren die Umsetzung der im vorliegenden Fachbericht aufgeführten Massnahmen der Agenda Grundversorgung vorantreiben. In einem ersten Schritt werden die Mitglieder des Forums Medizinische Grundversorgung eingeladen, bis Ende Januar 2026 eine Stellungnahme zum Fachbericht abzugeben. In dieser können sie unter anderem die für sie priorisierten Massnahmen sowie ihre Bereitschaft, Verantwortung bei der Umsetzung der Massnahmen zu übernehmen, darlegen. In einem weiteren Schritt sind die Massnahmen zeitlich zu priorisieren und die Federführung für die einzelnen (Teil-)Massnahmen auf Basis der im vorliegenden Fachbericht definierten Zuständigkeiten verbindlich festzulegen. Die aus diesen Arbeiten resultierende «Roadmap» für die kommenden drei Jahre soll dem Bundesrat im Juni 2026 unterbreitet werden.

Auch in der Umsetzungsphase soll die partizipative Arbeitsweise weitergeführt und allenfalls zusätzliche Akteure aus den Versorgungsregionen eingebunden werden. Zu allen Massnahmen soll ein Monitoring zur Verfolgung des Fortschritts etabliert werden.

5 Schlussbemerkungen der Steuergruppe

Einzelne oder mehrere Mitglieder der Steuergruppe wiesen im Rahmen der Sitzung vom 1. Dezember 2025 nach Abschluss der inhaltlichen Arbeiten am Fachbericht darauf hin, dass folgende Punkte mit dem vorliegenden Bericht nicht abgedeckt sind:

- Aus Sicht von mfe entspricht die Darstellung der aktuellen Versorgungssituation im Bereich der Hausarztmedizin (Seite 6, Absatz 2) nicht ihrer Beurteilung. Der Ärztemangel sei wesentlich ausgeprägter als im Bericht dargestellt. Er betreffe nicht nur ländliche Gebiete, sondern sei flächendeckend spürbar – mit Folgen für die gesamte medizinische Versorgung, da sich die Patientinnen und Patienten bei knappen Ressourcen in der Grundversorgung in die Sekundär- und Tertiärversorgung verlagern würden.
Replik des BAG: das BAG anerkennt, dass der Zugang zu einer Haus- oder Kinderarztpraxis lokal stark erschwert sein kann bzw. mit langen Wartezeiten verbunden ist. Gleichzeitig ist die Ärztedichte in der Schweiz im internationalen Vergleich weiterhin hoch und Umfragen zeigen ein hohes Mass der Bevölkerung an Zufriedenheit mit der Versorgungssituation. Der vorliegende Fachbericht anerkennt jedoch, dass sich der Fachkräftemangel in den genannten ärztlichen Disziplinen, aber auch bei weiteren Gesundheitsberufen in den nächsten Jahren verschärfen wird.
- Es wird bedauert, dass die Frage der Finanzierung (der Umsetzung) im vorliegenden Bericht offen gelassen wird. Die Finanzierung sei für den Erfolg der Agenda Grundversorgung entscheidend und müsse in der nächsten Phase als zentrale Voraussetzung benannt und adressiert werden.
Replik des BAG: Wie in den Tabellen zu den einzelnen Massnahmen ausgewiesen, ist die Frage, wer die konkrete Umsetzung der Massnahme zu finanzieren hat bzw. welcher Kostenträger (Krankenversicherung, Kantone, Dritte) die Kosten tragen muss, Gegenstand der weiteren Arbeiten und soll in diesem Rahmen beantwortet werden. Es braucht hier differenzierte Antworten und somit vorgängig eine weitere Konkretisierung und Präzisierung der verschiedenen Massnahmen.
- Die nichtärztlichen Leistungserbringerverbände bedauern, dass sich die Massnahmen im Handlungsfeld B praktisch ausschliesslich auf die Ärzteschaft fokussieren und keine Massnahmen zur Nachwuchsförderung für weitere Berufsgruppen vorgeschlagen werden.
Replik des BAG: Wie auf Seite 9 des Fachberichts ausgeführt, ist die Bedeutung der Nachwuchsförderung bei weiteren Gesundheitsberufen unbestritten. Allerdings legen die aktuellen politischen Vorstösse einen Fokus auf die ärztliche Grundversorgung sowie die psychologische Psychotherapie. Zudem wurde für die Pflegeberufe im Rahmen der Umsetzung der Pflegeinitiative bereits eine Ausbildungsoffensive mit zahlreichen Massnahmen lanciert. Es ist allerdings nicht ausgeschlossen, dass Politik und BAG den Fokus auf den Nachwuchsbedarf weiterer Gesundheitsberufe legen werden.
- Alle Leistungserbringerverbände in der Steuergruppe teilen die Einschätzung, dass aufgrund des Fachkräftemangels die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Grundversorgung sinnvoll und gewünscht ist. Sie weisen aber darauf hin, dass sie nur wirksam ist, wenn Rollen, Kompetenzen und Koordinationsaufgaben klar definiert und verbindlich geregelt sind.

Die Steuergruppe bittet das BAG, bei der Organisation der Umsetzung die Patientinnen und Patienten, deren Organisationen sowie Patientinnen- und Patientenbeiräte konsequent in die Konkretisierung der Massnahmen einzubeziehen.

Anhang 1: Mitglieder der Steuergruppe der Agenda Grundversorgung

Vertreter/-in	Organisation	Funktion
Anne Lévy	BAG	Direktorin
Michael Sorg	GS-EDI	Persönlicher Mitarbeiter der Departementsvorsteherin des EDI
Thomas Christen	BAG	Stv. Direktor, Leiter Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung
Linda Nartey	BAG	Vizedirektorin, Leiterin Direktionsbereich Prävention und Gesundheitsversorgung
Seraina Grünig	GDK	Stv. Generalsekretärin
Arnaud Perrier	SAMW – Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften	Präsident
Marianne Pfister	Spitex Schweiz	Co-Geschäftsführerin
Monika Reber	mfe – Haus- und Kinderärzte Schweiz	Co-Präsidentin
Brigitte Rösli	PSS – Patientenstellen Schweiz	Präsidentin
Martine Ruggli	pharmaSuisse	Präsidentin
Saskia Schenker	prio.swiss – Verband der Schweizer Krankenversicherer	Direktorin

Tabelle 25: Steuergruppe der Agenda Grundversorgung